Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.

Sectio caesarea.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Boleslaw Kowalski.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Breslau 1912.
Druck von Friedrich Bensch, Breslau VIII, Klosterstrasse 17.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küstner.

Den
lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548201_0147

Der Klassische Kaiserschnitt, die Operation mit dem stolzen Namen, ist eine der einfachsten und darum wohl auch eine der ältesten Operationen der Geburtshilfe, sie lässt sich nämlich bis in Zeiten zurückverfolgen, über denen das Dunkel der Urgeschichte lagert. Damals wurde der Kaiserschnitt jedoch nur dann ausgeübt, wenn es galt, ein lebendes Kind aus dem Schosse der bereits toten Mutter zu befreien. Die Römer waren die ersten, welche ihn in solchen Fällen zu einer rechtlich anerkannten und sogar gebotenen Operation gemacht haben. Ihrem Beispiel sind später die Gesetzgeber anderer Völker gefolgt. Erst im 17. Jahrhundert war es, dass der Kaiserschnitt von Jeremias Trautmann zum ersten Male an der lebenden Frau ausgeführt wurde. Er führte jedoch in diesem Falle, wie auch in allen anderen zum Tode der Mutter, sodass er deshalb nur sehr selten gewagt wurde, meistens dann, wenn an und für sich nicht mehr viel zu verlieren war. Er blieb in vorantiseptischer Zeit eine Operation, die, so einfach sie auch war, fast stets von vornherein für die Mutter einen tödlichen Ausgang nahm. Es gab berühmte Operateure, deren sonstige Erfolge gross waren, deren Kaiserschnitte aber stets ein klägliches Ende nahmen, nur sehr wenigen war es vergönnt gelegentlich einmal eine Mutter glücklich am Leben zu erhalten, im allgemeinen

aber war es so, dass Kaiserschnitt und Tod so gut wie gleichbedeutend waren. Baudelocque sagt z. B., dass unter 10 Operierten kaum 1 mit dem Leben davon käme; in den grossen Gebäranstalten zu Paris kam 50 Jahre lang kein Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang vor, ebenso in Wien bis zum Jahre 1877.

Eine Besserung der Operationsresultate trat erst auf, als Porro 1867 vorschlug, den Uterus nach der Operation sofort supravaginal zu amputieren und den Stumpf extraperitoneal zu verlagern, um damit die Quelle der Infektion und Blutung zu beseitigen. Sein Vorschlag fand begeisterte Aufnahme, trotzdem sein Operationsverfahren ein verstümmelndes war und das Weib geradezu „entweibte". Heute wird die Porro-Operation nur in den seltesten Fällen gemacht, als einzige, allgemein anerkannte Indikation für sie gilt nur noch ein inoperables Carcinom des Uterus, Osteomalacie und Sepsis, früher wurde sie dagegen fast bei jedem Kaiserschnitt ausgeführt. Eine weitere Besserung der Erfolge bewirkte die von Kehrer und Sänger angegebene Uterusnaht, welche die Entbundene im Gegensatz zur vorigen Operation nicht verstümmelte, sondern ihr den Uterus erhielt und somit die Möglichkeit liess, abermals schwanger zu werden. Den grössten Anteil an der Verbesserung der Heilungsaussichten hat aber die Entwickelung und Vervollkommnung der Anti- und Asepsis, aber trotzdem blieb die Mortalitätsziffer der Operation immer noch eine hohe, ihre Erfolge, so gut sie auch geworden waren im Verhältnis zu früheren Zeiten, entsprachen noch immer nicht den hohen Anforderungen, welche die Gegenwart nach den Erfolgen der Bauchhöhlenoperation zu stellen berechtigt ist. Schweden-Norwegen hatte z. B. in den neunziger Jahren immer noch 30% Todesfälle unter seinen Kaiserschnitten zu verzeichnen.

Mannigfach sind die Ursachen dieses Misserfolges. Zu-

nächst kommt hier die Gefahr einer Infektion aus dem Operationsgebiete selbst in Frage. Grade diese Beobachtung stammt aus neuerer Zeit, als man durch die immer weitergehende Ausgestaltung der operativen Asepsis gelernt hatte, erfolgreich die Infektion von aussen zu bekämpfen. Wenn wir aber trotz Dampf und Kochapparat, trotz peinlichster Händedesinfektion und Gummihandschuh beim Kaiserschnitt einen so viel höheren Prozentsatz von Infektionsfällen haben als bei anderen Operationen, so zwingt uns dieser Umstand folgerichtig eine um so höhere Gefährlichkeit des der Infektion so zugänglichen Geburtskanales anzunehmen, wobei vor allem der Import von Keimen bei der Untersuchung, die Einwanderung von Bakterien aus der Scheide in die Eihöhle noch dem Blasensprung u. dergl. mehr in Betracht kommen. Wir müssen also nicht nur Hände und Bauchdeckenoberfläche als Infektionsquellen ansehen, sondern auch die Schleimhautoberfläche der inneren Genitalien. Auch diese müssen in Rechnung gezogen werden, bald in höherem, bald in geringerem Maasse, je nach dem Fall. Erst die Würdigung dieser Faktoren und der sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen ist es, welche neben der Vervollkommnung des antibakteriellen Wundschutzes die Methodik des Kaiserschnittes, ihre Weiterentwickelung in nachhaltiger Weise beeinflusst hat. Das Bestreben aller Operateure wurde es nun, die Kontraindikationen der Operation weitgehend zu verschärfen. Als selbstverständlich gilt es daher, alle diejenigen Fälle vom klassischen Kaiserschnitt auszuschliessen, welche sich durch Fieber oder sonstige Anzeichen einer Zersetzung im Inneren der Eihöhle als „unrein“ leicht erkennen lassen. Aber nicht genug damit. Man musste noch viel weiter gehen, man war gezwungen, auch dann von der Operation Abstand zu nehmen, wenn nur die Möglichkeit einer Infektion vorlag. Als solche „unreinen

Fälle" gelten z B. alle diejenigen, bei denen unkontrollierbare innere Untersuchungen ausserhalb der Klinik vorgenommen worden waren, bei denen der Blasensprung vor längerer Zeit erfolgt war. Wird in einem solchem Falle trotzdem der Kaiserschnitt nach der alten Methode ausgeführt, so kann es einmal zur Überschwemmung der Peritonealhöhle mit so virulenten Bakterien kommen, dass die Vernichtungsfähigkeit des Peritoneums, in deren Beurteilung man übrigens immer skeptischer wird, völlig versagt und die Mutter in kurzer Zeit der Infektion erliegt. Sodann aber lehrt uns die Erfahrung, dass in solchen Fälllen auch die Uteruswunde selbst eine geringere Neigung zur primären Heilung zeigt Es gehören hierher jene Fälle, wo nach einigen Tagen anscheinenden Wohlbefindens der Mutter plötzlich wie der Blitz aus heiterem Himmel die Katastrophe hereinbricht, Fälle, bei denen weniger die etwa ungenügende Naht die Schuld trägt oder die motorische Unruhe des puerperalen Uterus, als vielmehr die Infektion der Wunde, welche eine Heilung per primam intentionem nicht zustande kommen lässt.

Eine weitere Ursache unserer Misserfolge beim klassischen Kaiserschnitt ist darin zu suchen, dass die Uteruswunde in einem grossen Maasse dazu neigt, mit benachbarten Teilen der Bauchhöhle zu verwachsen. Diese Verklebungen mit der Nachbarschaft sind nach Döderlein darauf zurückzuführen, dass die am Uterus gesetzte Wunde nicht so sorgfältig peritonisiert werden kann, wie dies sonst bei allen anderen Bauchhöhlenoperationen im Bereich der Genitalien zu geschehen pflegt, wo man peinlich darauf bedacht ist, alle Schnittflächen, alle Stümpfe mit möglichst unverletztem Peritoneum zu überziehen und so vor unangenehmen Verwachsungen zu schützen.

So sehen wir, dass es mehrere Faktoren sind, die den Erfolg der klassischen sectio caesarea in hohem Masse in Frage stellen. Man war daher gerade in neuer Zeit, der chirurgischen Ära der Geburtshilfe, bemüht, diese Fehlerquellen nach Möglichkeit auszuschalten. So wurde ein Verfahren erdacht, das zum Ziele hat, die Schnittwunde des Uterus in einen ausserhalb der Bauchhöhle befindlichen Teil zu verlegen und so den Kaiserschnitt gänzlich „extraperitoneal" auszuführen. Dass dieses Verfahren sehr brauchbar ist, bewies der Umstand, dass es in kurzer Zeit beinahe allseitige Anerkennung gefunden hat. Heute steht es im Vordergrund der Debatten der Geburtshelfer, in der Presse, in Gesellschaften und Kongressen bildet es den dernier cri der modernen operativen Geburtshilfe. —

Die Versuche zu einer Umgehung der Bauchhöhle bei der Herausbeförderung des Kindes oberhalb des Beckens lassen sich weit zurückverfolgen. Es bestätigt sich auch hier wieder die Tatsache, der wir so oft in der Geschichte der Erfindung begegnen, dass nämlich etwas, das man für noch nie dagewesen hielt, gar nicht so neu ist, sondern vielleicht schon vor langer Zeit gedacht und getan wurde, später in Vergessenheit geriet, um erst in unseren Tagen seine Auferstehung zu feiern. So ist es auch dem extraperitonealen Kaiserschnitt ergangen, er ist nicht das jüngste Kind der operativen Geburtshilfe, für das er allgemein gilt. Es geht hier aber wie mit der subcutanen Hebosteotomie, entweder waren es nur theoretische Vorschläge, oder die ersten Operationsversuche an der Lebenden waren so entmutigend wie z. B. der Fall Ritgens, dass sie für immer aufgegeben schienen. Frank hat das Verdienst, diese Operationsweise in der Gegenwart mit Erfolg aufgegriffen zu haben, und

seitdem Sellheim ihm beigetreten ist, die Technik weiter entwickelt hat und wie Frank günstige Erfolge aufweisen konnte, hat diese Neuerung schon jetzt Bürgerrecht erworben.

Dieses von Frank-Sellheim angegebene Verfahren hat also wie gesagt zum Ziele, das Kind mit Umgehung des Beckens aus dem Uterus zu eliminieren, ohne dass das Peritoneum mit gefährlichen Keimen der Uterushöhle in Berührung tritt. Denn gerade das Peritoneum ist und bleibt ein Organ, welches durch Keimübertragung leichter gefährdet werden kann, als eine Bindegewebswunde Mag man auch seine Schutzkraft nicht leugnen, so ist sie doch, selbst hoch eingeschätzt, dennoch nicht in der Lage, die Entwickelung von virulenten Bakterien in grossen Abschnitten des gesamten Peritonealorganes gänzlich zu vernichten. Küstner sagt hierüber: „Die Leistungsfähigkeit der einzelnen Peritonealendothelzelle im Kampfe gegen eingedrungene Bakterien mag bedeutsam sein, das gesamte Organ des Peritoneums ist aber in seiner ganzen makroskopischtopographischen Beschaffenheit wenig geeignet, den Kampf gegen die Mikroben auf beschränktes Gebiet zu isolieren und eine ungeheure Verbreitung des Kampfplatzes zu verhindern. Das ist durch hundertfältige Erfahrung bewiesen. Und deshalb verdient bei Keimverdacht die extraperitoneale Verwendung den unbedingten Vorzug vor der peritonealen." Um jeden Preis soll also danach gestrebt werden, das Peritoneum unverletzt zu erhalten; sollte es aber im Laufe der Operation zufällig und unabsichtlich eingerissen werden, so kann man durch seine Ansäumung an das Cervixperitoneum, vor Weitergang der Operation, immer noch einen ganz ausreichenden Schutz gegen die Infektion erreichen. Es soll aber unter allen Umständen vermieden werden, bei offenem Peritoneum die Cervix zu öffnen.

Was nun die Methode des extraperitonealen Kaiserschnittes betrifft, so kennen wir deren vier. (Nach Holzapfel):

1. Transperitoneal, wobei das parietale und das Uterusperitoneum zunächst vernäht und nach der Operation wieder getrennt werden.
2. Extraperitoneal, wobei das Peritoneum während der Operation gar nicht verletzt werden soll, das Blasenperitoneum wird vom Scheitel der Blase her abgelöst.
3. Praesperitoneal, wobei nach Blasenauffüllung von der Seite her zwischen Uterus und Blase eingedrungen werden soll, ohne jedoch das Peritoneum zu verletzen.
4. Die Uterus-Bauchdeckenfistel.

Die erste Methode ist 1906 von Frank angegeben und später von einer Reihe von Operateuren modifiziert worden. Frank ging folgendermassen vor: Die Bauchwand wurde über der Symphyse quer inzidiert bis auf das Peritoneum. Die Muskeln wurden dabei nur in ihrem Verlaufe durchschnitten und nicht an ihrer Ansatzstelle. Alsdann eröffnete er den Peritonealraum und führte einen Schnitt über das Peritoneum des unteren Uterinsegmentes. Dieses wurde nun abgelöst und beide Blätter miteinander vernäht, um so die Bauchhöhle direkt abzuschliessen. Erst jetzt wurde der Uterus inzidiert und das Kind herausbefördert. Wir sehen also, dass dieses Verfahren noch kein absolut extraperitoneales war. Aber auch Frank dachte bereits daran, seine Operation so zu modifizieren, dass jede Peritonealverletzung dabei vermieden werden könnte, wies indessen darauf hin, dass hierbei die Blase hindernd in den Weg trete. Das Abheben des Peritoneums von der hinteren Blasenwand könne zu sehr unangenehmen Blutungen führen, das Peritoneum selbst könne ferner leicht einreissen und eventuell sogar nekrotisch werden.

Nur dann wäre dieses Verfahren brauchbar, wenn das Peritoneum so direkt von der Bauchwand auf das untere Uterinsegment überginge, dass die Blase gänzlich extraperitoneal gelagert wäre und man den Uterus ohne Peritonealverletzung inzidieren könnte. Da dies aber vorher nie festgestellt werden könne, so empfehle er, den ersten Weg, den transperitonealen einzuschlagen. Er benutzte hierbei überall den Querschnitt. Die Vorteile, welche seine Methode gewähre, wären folgende:

1. „Der Frau wird Blut erhalten.
2. Die Peritonitis wird vermieden.
3. Der Indikationsstellung in Bezug auf Zeit der Operation wird ein weiter Spielraum gelassen."

In ähnlicher Weise operierte auch Veit, der den Längsschnitt anwandte. Ausserdem beseitigte er bei reinen Fällen den präliminaren Abschluss der Bauchhöhle, bei „unreinen" liess er ihn bestehen. Veit glaubt, dass durch die transperitoneale Methode einmal die Bauchhöhle vor Verunreinigung geschützt wird, andererseits grössere Bindegewebswunden vermieden werden, wie sie nach ihm bei dem extraperitonealen Verfahren entstehen, die bei einer eventuellen Infektion die Prognose erheblich verschlechtern. Küstner hat jedoch diese Ansicht widerlegt, er glaubt, dass hier die Heilungschancen nicht ungünstiger liegen als z. B. bei anderen Operationen (Myom, Struma), bei denen man ebenso stumpf vorgehe und doch jeder an einer Heilung per primam intentionem nicht zweifele.

Das zweite Verfahren, das sogenannte extraperitoneale, stammt von Sellheim. Er wählte als Bauchschnitt den Pfannenstiel'schen Querschnitt, wodurch er die Muskulatur völlig schonte. Die Blase wird zwecks Orientierung über

ihre Lage mässig angefüllt und dann das Peritoneum von ihr abgelöst, zum Teil stumpf, zum Teil scharf. Ist dies geschehen, so wird die Blase so viel wie nötig ist, nach unten geschoben, die plica dagegen nach oben bis zum Uteruskörper hin. Auf diese Weise wird die Cervix freigelegt. Es folgt nun eine Längsinzision in der Mitte. Durch die so entstandene Öffnung wird das Kind nun herausgedrückt beziehungsweise entwickelt. Hat sich der Uterus gut kontrahiert, eventuell wird zu diesem Zweck Ergotin injiziert, so soll die Placenta manuell gelöst werden. Hierauf folgt eventuell eine Tamponade des Uterus, die Gazestreifen werden nach der Scheide herausgeleitet. Die Uteruswunde wird mit Catgutknopfnähten versorgt und durch eine weitere aber fortlaufende Catgutnaht der angrenzenden Uterusparten überwallt. Die vorher abgelöste Blase wird an ihrem oberen Zipfel in der Nähe der Bauchfellumschlagsfalte befestigt, die Zellgewebswunde selbst durch tiefliegende Catgutknopfnähte verkleinert. Hieran schliesst sich die Vernähung der Rectusspalte und der Fascie. Bei der Hautnaht werden Michel'sche Klammern angewandt. Sollte es sich im Laufe der Operation herausstellen, dass das Abschieben der Blase unmöglich ist, so soll das Peritoneum eröffnet, aber baldigst durch eine exakte Naht wieder geschlossen werden. Alsdann soll die Cervix median durchschnitten und die Entbindung vorgenommen werden. Hat man es aber mit zweifelhaften Fällen zu tun, oder besteht gar schon von vornherein eine sichere Infektion, so empfiehlt Sellheim die Uterus-Bauchdeckenfistel.

Die dritte, praeperitoneale Methode ist von Latzko und gleichzeitig mit ihm von Küstner nnd Döderlein angegeben worden. Küstner rät wegen der Dextrotorsion des Uterus die Blase von links her abzulösen, weil hier dann auch die Umschlagsfalte des Peritoneums höher hinaufreicht. Im Laufe

der Zeit haben aber die genauen Untersuchungen der Breslauer Frauenklinik ergeben, dass die Lage der Blase bei schwangeren Frauen eine ganz unkonstante ist, sie liegt bald links, bald rechts, bald median. Es wird daher jetzt von Küstner stets so vorgegangen, dass zunächst zwecks Lagefeststellung der Blase eine Auffüllung der Blase, meist mit steriler Kochsalz- oder Borlösung, erfolgt und dann der Schnitt dort geführt wird, wo die Blase nicht liegt. Befindet sie sich aber in der Mitte, so geht man dort ein, wo das Hinterhaupt des Kindes zu fühlen ist. Damit beim Weitergange der Operation die aufgefüllte Blase nicht verletzt werde, eine Gefahr, auf die H. Freund hinwiess, geht Küstner so vor, dass er die Blase wiederum entleeren lässt, wenn er sich über die Lage der Plica orientiert hat. Bei der nun folgenden Entbindung hat Küstner als einer der ersten darauf hingewiesen, dass die Entwickelung des Kindskopfes mitunter recht schwierig sein kann. Ganz abgesehen davon, sagt Küstner, dass das Drücken und Arbeiten am Kindskopfe kein schöner Akt sei, kommt es dabei auch häufig zu Insulten der verwundeten Teile, die nicht ganz unbedenklich sein können. Unsere gewöhnliche Geburtszange lässt sich zur Entwickelung des Kindes in einem solchen Falle nicht anwenden, selbst wenn sie auch gracil gebaut ist, wie die Wiener Schulzange. Küstner hat darum zu diesem Zwecke eine schmalblättrige, kurze Zange konstruiert, deren Griffe ursprünglich gegen die Fläche abgebogen waren. Neuerdings ist ein verbessertes Zangenmodell dieser Art (Modell III) mit graden Griffen konstruiert worden. Seitdem dieses Instrument in der Breslauer Frauenklinik angewandt wird, hat die Extraction des Kindes nicht mehr auf Schwierigkeiten gestossen. Neuerdings wird eventuell auch der Kopf mit einer Klemme am Hinterhaupt fixiert, um die Zange besser anlegen zu

können. Döderleins Methode ist eine sehr ähnliche: Pfannenstiel'scher Querschnitt, Auseinandertrennen der Recti unter leichtem Einkerben des rechten Rectus an seiner Ansatzstelle und teilweisem Ablösen von seiner Unterfläche. Alsdann kommt die Blasenauffüllung, worauf die Hand von rechts zwischen vordere und seitliche Beckenwand so weit eingedrängt wird, dass das hier vorhandene, lockere Zellgewebe getrennt wird. Hierauf wird die Plica mit Tupfern nach oben gedrängt und ein grosser longitudinaler Schnitt in das freigelegte untere Uterinsegment geführt und das Kind regulär mit der Zange entwickelt. Die Placenta wird eventuell mittels Credé exprimiert oder manuell gelöst, wenn dieser nicht zum Ziele führt. Die Uteruswunde näht Döderlein fortlaufend mit Jodcatgut und darüber noch lockeres Bindegewebe von der Seite her und auch von der Mitte aus der Nachbarschaft der Blase durch einen zweiten fortlaufenden Faden als Decknaht benutzt. Zum Schluss folgt die Bauchnaht in gewöhnlicher Weise ohne Drainage. Bei Infektionsverdacht oder bei Befürchtung einer Secretstauung kann man nach der Scheide zu drainieren. Er ist aber ein Gegner der Drainage nach der Bauchwand zu, da dies dann mit Unzuträglichkeiten der secundären Heilung und späteren Hernienbildung verbunden ist. Dieses Verfahren mit Drainage bezeichnet Döderlein als „Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel." Latzko schliesslich empfiehlt: Auffüllung der Blase mit 150—200 ccm Flüssigkeit, stumpfes Ablösen der Blase, am besten von links her. Die abgelöste Blase soll in ein Plattenspatel gefasst und mit dem rechten musculus rectus zusammen nach rechts verzogen werden. Dann liegt die Cervix bloss, für jeden Eingriff zugänglich. Ist der gewonnene Raum zu klein, so kann die Blasenablösung nach abwärts bis zur Vagina fortgesetzt werden. Eine se-

parate Ablösung der Plica erweist sich meist als nicht notwendig. Hierauf wird die Cervix fast median sagittal eröffnet und die Frucht entweder mit Hilfe eines Zangenlöffels oder der regelrecht angelegten Zange entwickelt. Sehr empfehlenswert erscheint Latzko hierzu nach dem Vorschlage Franks das Eintreten der nächsten Wehe abzuwarten.

Bei der letzten Operationsmethode, die von Rubeska angegeben worden ist, wird folgendermassen vorgegangen: 3 cm lateral von der Linea alba wird ein Längsschnitt durch die Bauchdecken geführt. Die Harnblase wird nun stumpf von der Cervix vom lateralen Rande aus abgelöst und das Bauchfell möglichst hoch hinaufgeschoben. Schliesslich wird die Cervix an der Seite längs inzidiert, ein Verfahren, das eventuell wegen der dort liegenden, strotzend gefüllten Gefässe zu recht starken Blutungen führen kann und daher auch von einigen Operateuren verurteilt wird.

Ein dem extraperitonealen Verfahren ähnliches, wenn auch nicht direkt zu ihm gehörendes ist endlich noch die Laparo-Kolphohysterotomie nach Solms-Dührssen. Es wird zunächst ein dem Poupartschen Bande parallel verlaufender Schnitt geführt, das Peritoneum von Blase und Uterus abgeschoben und alsdann der Uterus inzidiert. Hieran schliesst sich der vaginale Kaiserschnitt, beide Schnitte werden miteinander verbunden, das Kind von oben her entwickelt. Auch dieses Verfahren ist also wie wir sehen, rein extraperitoneal. Es gibt jedoch Operateure, welche diese Methode für mühsam und schwierig ansehen, ferner hat sie „keinerlei Vorzüge vor dem extraperitonealen Kaiserschnitt, ist also überflüssig".

Die Indikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt gibt hauptsächlich das enge Becken ab, wobei es in einem hohen

Grade davon abhängt, ob der Fall ein „reiner" oder „unreiner" ist. Im ersten Falle kann man nach der übereinstimmenden Ansicht sämtlicher Operateure jedes Entbindungsverfahren anwenden, ganz gleich ob „klassisch" oder „extraperitoneal". Im letzteren Falle dagegen kommt das extraperitoneale Verfahren allein in Betracht. Von grösster Wichtigkeit ist also wie wir sehen, die Beantwortung der Frage, welcher Fall ist rein, welcher unrein. Leicht ist natürlich die Antwort dann, wenn die Frau bereits fiebert, wenn stinkendes Fruchtwasser abgeht. Ist dies aber beides nicht der Fall, so stösst die Beantwortung der vorhin aufgeworfenen Frage schon auf grössere Schwierigkeiten. Man hat zwar von gewisser Seite vorgeschlagen, in solchen zweifelhaften Fällen vor der Operation eine bakteriologische Untersuchung der Secrete des Genitaltractus vorzunehmen, aber dies wird nur dann möglich sein, wenn eine Frau, bei der voraussichtlich ein Kaiserschnitt gemacht werden soll, längere Zeit zur Beobachtung in der Klinik liegt, oder noch längere Zeit weiterkreisst. In allen anderen, dringlichen Fällen, und das sind doch die meisten Kaiserschnitte, wird überhaupt, wie Küstner mit Recht sagt, die Zeit zur bakteriologischen Untersuchung fehlen. Im allgemeinen wird es daher gut sein, dem Rate Küstners zu folgen und eine Frau stets dann für infektionsverdächtig also „unrein" anzusehen, wenn sie draussen von unkontrollierbarer eventuell nackter Hand untersucht worden ist, wenn der Blasensprung vor langer Zeit erfolgt war. Fälle, bei denen beides zutrifft, sind natürlich um so mehr infektionsverdächtig. Aber trotzdem scheut sich Küstner nicht, selbst dann wenn auch schon das Fruchtwasser stinken sollte und bereits Temperatursteigerungen aufgetreten sind, hier operativ vorzugehen. Ausgeschlossen wird zwar dann — klassischer

Kaiserschnitt eo ipso — das transperitoneale Verfahren, dafür aber, wie die Resultate zeigen, mit bestem Erfolge das extraperitoneale angewandt. „Alle Frauen, bei denen er diese Methode anwandte, sind genesen, die Kinder sind lebend entwickelt worden und auch weiterhin am Leben geblieben", schreibt sein Assistent Heimann. Sollten aber einmal in einem solchen Falle hochvirulente Streptokokken gefunden werden, so würde dann der Porro noch immer das ultimum refugium bilden und eventuell das Leben der Frau retten können. Die Hebosteotomie wird dagegen von Küstner völlig für überflüssig angesehen, da sie einmal häufig zu Nebenverletzungen führt, die den Wundverlauf störend beeinflussen können, sodann aber die Knochenwunde selbst nicht nach den Regeln der Chirurgie versorgt werden kann. Abgelehnt wird von ihm auch der extraperitoneale Kaiserschnitt bei Placenta praevia, der hier von Sellheim empfohlen wird, weil die Hystereuryse, wie sie an der Breslauer Frauenklinik in solchen Fällen angewandt wird, für Mutter und Kind stets einwandsfreie, gute Resultate ergeben hat.

Die mannigfachen Befürchtungen, die man in erster Zeit gehegt hatte, besonders die der Ruptur bei späteren Schwangerschaften, haben sich auf Grund vieler gemachter Erfahrung als nichtig erwiesen. So berichten z. B. Olaw und Strassmann über einen völlig spontanen Verlauf von Geburten bei Frauen, bei denen früher der extraperitoneale Kaiserschnitt gemacht worden war. Ausserdem ist aber auch diese Methode ohne irgend welchen Schaden wiederholt an derselben Frau angewandt worden. Küstner rät in einem solchen Falle, wenn es die narbige Beschaffenheit an der Umschlagstelle des Peritoneums unmöglich machte, dasselbe stumpf abzuschieben, eventuell von der anderen Seite vorzugehen, dann

würden die Schwierigkeiten umgangen werden. Gar nicht gerechtfertigt aber ist es, wenn es Autoren gibt, wie von Ohlshausen und Schauta, die das moderne Verfahren glatt verurteilen. Sie brechen eine Lanze für den alten klassischen Kaiserschnitt und erklären, dass auch diesem sämtliche Vorteile des extraperitonealen Verfahrens anhaften, seine Nachteile aber wie Verwachsungen, Infektionen infolge der grossartigen Aseptik der Neuzeit gänzlich vermieden werden können.

Wenn nun auch zugegeben werden muss, dass die extraperitoneale Methode noch keineswegs in jeder Beziehung einwandsfrei ist, ich verweise nur auf die technischen Schwierigkeiten, so hat sie dennoch, wie ihre Resultate lehren, binnen kurzer Zeit grosse Erfolge aufzuweisen. Unrecht wäre es also, über ihr den Stab zu brechen, vielmehr ist es unsre Pflicht an ihr weiter zu arbeiten, sie zu verbessern suchen, ihre Mängel zu beseitigen helfen, damit sie zu einem Entbindungsverfahren wird, welches wir jeder Zeit anwenden können, ohne befürchten zu müssen, das Leben der Mutter oder des Kindes zu gefährden. — Ich lasse nun im Anschluss an die Arbeit von Michalski aus der Zeit vom 29. IV. 10 bis zum 30. IX. 11 41 Krankengeschichten von Kaiserschnitten folgen, die mir zur Bearbeitung gütigst von Herrn Geheimrat Küstner überlassen worden sind. —

Fall 1.

E. Z., 29 J., Jahrgang 1910/11. Journ.-Nr. 49.

Die Frau, eine 4 para, hat 3 spontane Geburten gehabt und leidet an Epilepsie. L. R. 24. VII. 09. Wehenbeginn 27. 4. 10, abends 8 Uhr. Kreisst schon 3 × 24 Stunden. Blase 28. IV. abends 7 Uhr gesprungen. Muttermund handtellergross. Untersuchung morgens

11 Uhr am 29. IV. 10. Becken mässig verengt, C. vera etwa 9 cm. Mutmasslich sehr grosser Kopf; dieser hoch über dem Beckeneingang. Keine Dehnungserscheinungen. I. Sch.-L. Situation folgende: In Anbetracht der langen Geburtsarbeit Kunsthilfe geboten. Zange ganz unmöglich; nach gewöhnlicher Wendung Möglichkeit, dass der Kopf nicht durchkommt. Höchstens Wendung und Hebosteotomie. Davon wird abgesehen, da der Kaiserschnitt den besseren operativen Eingriff darstellt. Cervicaler Kaiserschnitt. Da keine Dehnung, ist die Abschiebung des Peritoneums ohne Verletzung nicht möglich. Deshalb transperitonealer Kaiserschnitt. Anklemmen des Peritoneums wie üblich. Incision in die 1,5 cm dicke Uteruswand, die sehr stark blutet. Entwickelung des Kopfes mit der Zange leicht. Viel Meconium im Fruchtwasser. Kind asphyktisch, schreit jedoch nach Aspiration und Applikation von Hautreizen. Nachgeburt löst sich nach Credé bald. Naht des Uterus mehrschichtig, teils fortlaufend, teils einzeln. Vor Schluss des Uterus wird ein Stückchen Schleimhaut aus dem untersten Winkel der Uteruswunde entfernt. Dieselbe ist mindestens 7 cm vom äusseren Muttermunde entfernt. Trotzdem hier bereits dünne Uterusmuskulatur.

Die Blase wurde vorher mit 300 ccm Kochsalzlösung aufgefüllt, eine Menge, die die Blase äusserlich hier nicht kenntlich machte, besonders bei den starken Bauchdecken. Da der Uterus dextrovertiert liegt, ist die Blase auch rechts zu vermuten. Beim Einschnitt liegt sie jedoch links. Ohne Rücksicht auf die Blase hätte jedoch der Schnitt rechts gemacht werden müssen, dann wäre vielleicht die Abschiebung des Peritoneums gelungen. So eröffnete der stumpfe Abtrennungsversuch ohne weiteres das Peritoneum. Bei stark laterovertiertem Uterus darf nicht zu sehr extramedian eingeschnitten werden, sonst kommt man in zu gefässreiche Partien.

30. IV. Sehr kleiner fliegender Puls. Abends Delirium, sehr erregt, kaum im Bett zu halten. 1 Spritze Morphin. Temperaturanstieg bis 40,8. 80 ccm Antistreptokokkenserum subcutan. Blutentnahme. 1. V. exitus letalis. Bakteriologische Untersuchung des Ausstriches ergibt massenhaft Streptokokken.

Obduktion: Därme stark gebläht, ihre Oberfläche matt. Auf dem Uterusinnern in der Gegend der Inzision fibrinöse Auflagerungen. Kein Eiter in der Bauchhöhle, nur wenig trübseröses Exsudat. Am aufgeschnittenen Uterus sieht man, dass keine Dehnungserscheinungen vorhanden waren. Viel Decidua, jedoch von gutem Aussehen. Milz gross, weich, Pulmo o. B.

Fall 2.

J. K., 31 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 128.

Als Kind Masern und Rhachitis. Erste Regel 20 J. 1. P. 05. Embryotomie. 2. P. 06. Kaiserschnitt. 3 P. 07. Kaiserschnitt. Das letzte Kind lebt. L. R. VIII. 09. Wehenbeginn 19. V. 10. Innere Untersuchung: Cervix völlig verstrichen. Muttermund für einen Finger durchgängig. Blase steht. Das kleine Becken ist leer, auf der l. Beckenschaufel ist der Kopf abgewichen. Sehr stark vorspringendes Promontorium. Diagnose: II. abgewichene Schädellage, eine spontane Geburt des Kindes ausgeschlossen.

$1^1/_2$ Stunden nach der Einlieferung in die Klinik, ca. 17 Stunden nach Wehenbeginn Sectio caesarea bei stehender Blase. Schnitt bis zum Nabel; Peritonealraum fast ganz durch Adhaesionen zwischen Uteruswand und vorderer Bauchwand verlötet. Mühsames Durchtrennen der Adhaesionen teils stumpf, teils mit Messer und Scheere. Schliesslich liegt der Uterus in genügender Ausdehnung frei. Einschnitt. Der Schnitt trifft überall dicke Muskulatur, liegt in seinem oberen Teil in der unteren Hälfte der alten Narbe, in seinem unteren Teil trifft er vorher noch nicht incidiertes Uterusgewebe. Wendung, Extraction. Kind asphyktisch, wieder belebt. Gewicht 2930 gr. Naht des Uterus zweischichtig, mit fortlaufender Naht. Resection — mit vorheriger Einwilligung des Ehemannes und der Frau selbst — beider Tuben mit Eintaschung des uterinen Tubenrestes zwischen die Blätter des geschlitzten Lig. lat. Toilette der Bauchhöhle; wenig hineingelaufen. Noch einige Umstechungen und Nahtligierungen. Darauf befriedigende Blutsicherheit. Der Kaiserschnitt ist zu den tiefperitonealen zu rechnen, wenn auch der Schnitt allenthalben dicke Muskulatur traf.

Heilung ohne Störung. 4. VI. Feste Bauchnarbe. Uterus antefl., faustgross. Adnexe o. B. Muttermund geschlossen.

Fall 3.

C. G., 39 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 221.

Familienanamnese o. B. Rhachitis, sonst keine Krankheiten. Erste Regel mit 21 J., l. R. 9. VIII. 09. Masse: sp. i. 25, cr. i. 28,5 c. ext. 20, c. diag. 11. Wehenbeginn 6. VI. früh 8 Uhr. Innere Untersuchung $2^3/_4$: Muttermund handtellergross, äusserer Muttermund verstrichen, Fruchtblase steht, wird jedoch bei der Untersuchung gesprengt. Pfeilnaht im queren Durchmesser, ganz nahe der Symphyse. Diagnose: Hintere Scheitelbeineinstellung. Da bei dem engen Becken mit einer C. Diag. von 11 cm ein Durchtritt des Kopfes nicht zu erwarten ist, wird die Sect. caes. beschlossen.

Obschon kaum nennenswerte Cervixdehnung da ist, gelingt dennoch die Abtrennung der Plica vesico-uterina von einem rechtsseitigen Schnitt aus. Der Uterus ist nach links gelegen, ebenso die angefüllte Blase. Nur ganz zuletzt, um den Cervixschnitt etwas zu vergrössern, geschieht eine kleine Verletzung des Peritoneums, für 1 Finger durchgängig, die sofort mit 2 Suturen geschlossen wird. Schliesslich ist die Cervix soweit freigelegt, dass nach Inzision derselben die Extraction des Kopfes ausführbar erscheint. Es gelingt, den Kopf mit der Zange zu fassen und durch die sehr lange Cervixöffnung zu ziehen.

Das Kind, ein Knabe ist asphyktisch und mit Meconium besudelt, hat langsamen Herzschlag. Bei der Inzision in die Cervix trug der Kopf des Kindes eine kleine, ganz oberflächliche Hautverletzung davon- Nach der Geburt des Kindes träge Kontraktionen. Schliesslich nach etwa $^1/_2$ Stunde wird die Placenta teils durch Druck, teils durch Zug herausgepresst. Vollständig. Das Kind kommt nach $^1/_2$ Stunde zum Schreien und tiefen Respirieren. Cervixnaht, Vereinigung der Recti, Schluss in üblicher Weise.

Heilung ohne Störung 4. VII. Bauchnarbe fest, Uterus anteflektiert, normal gross, Adnexe o. B.

Fall 4.

M. F., 25 J., Jahrgang 1910|11, Journ.-No. 273.

Familienanamnese o. B. Keine Krankheiten. I para. L. R. 15. IX. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 27, C. ext. 18, C. Diag. 11,5. Wehenbeginn 2. VII. Innere Untersuchung am 3. VII.: Kopf über dem Beckeneingang in I. Stirnlage. Herztöne schwankend, 100 pro Minute. Blase steht, doch geht grünlich verfärbtes Fruchtwasser ab, es muss sich also um hohen Blasensprung handeln. Der schlechten Wehen wegen erhält Kreissende nochmals 0,02 Morphin.

Die Herztöne bleiben dauernd schwankend, dauernd Meconiumabgang, trotzdem Kreissende innerhalb 6 Stunden 0,04 Morphin bekommen hat, fast dauernd Kontraktion des Uterus. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Vorliegender Teil der grosse, harte Kopf, völlig beweglich über dem Beckeneingang in I. Stirnlage. Eihäute noch über dem Kopf. Sectio caesarea extraperitonealis. Blase nach rechts gelegen, Hinterhaupt links, 2 Querfingerbreiten links von der Lin. alb. Die Blase wird angefüllt mit 500 ccm Wasser und liegt nachdem der Obliquus durchschnitten ist, gut vor. Unter Ablassen der Blase gelingt es ungeheuer leicht die Blase nach unten, die Douglas'sche Falte nach oben zu dislozieren, eine erhebliche Strecke Cervixwand zeigend. Noch gar keine Dehnung im Cervix. Inzision,

Kaiserschnitt, Zange (Modell II), gelingt ebenfalls auffallend leicht und rasch. Nabelschnur dreimal um den Hals geschlungen, Placenta bald danach gelöst. Gute Kontraktion des Uterus; Zweischichtnaht der Cervixwunde, die mit ihrem unteren Wundwinkel etwa nur 1,5 cm vom äusseren Muttermund entfernt ist. Annähen des Blasen scheitels an das Peritonealgewebe; Schutzstreifen, Schluss in üblicher Weise. Das Kind, ein Knabe, von 3425 gr Gewicht, ist schwer asphyktisch und schreit erst nach $^3/_4$ stündigen Wiederbelebungsversuchen kräftig. Die Exspirationsluft riecht stark nach Äther. Operationsdauer 45 Minuten.

Heilung ohne jede Störung. 21. VII. Die Narbe ist lineär, fest. Uterus etwas vergrössert, anteflektiert, in der Gegend des unteren Wundwinkels fixiert. Adnexe o. B.

Fall 5.

A. Sch., 27 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 355.

Familienanamnese o. B. Kreissende hat 1909 Myona submucosum, Salpingooophoritis gehabt, sonst will sie stets gesund gewesn sein. I para. L. R. 15. IX. Innere Untersuchung am 12. VII: Introitus vaginae ungeheuer eng. Andeutung von Vaginismus beim Einführen der Finger. Vagina sehr eng. Ein harter Teil, Kopf, über Beckeneingang. Cervix 1,5 cm lang. Zweite innere Untersuchung am 13. VII. nachdem um Mitternacht die Blase gesprungen ist: Muttermund zweimarkstückgross, kleiner Teil liegt vor, Kopf nicht zu fühlen, nach links abgewichen. Wehen sind sehr heftig, Kreissende schreit ausserordentlich. 4 Uhr morgens: Muttermund fast völlig erweitert. Vorliegend ein Arm des Kindes, Ellenbogen am tiefsten, Kopf auf linke Beckenschaufel abgewichen. Herztöne wechselnd, 160 pro Minute. Wehen wieder sehr stark. Es wird beschlossen, da eine Wendung schon wegen des myomatösen Uterus völlig ausgeschlossen ist, andererseits eine natürliche Beendigung der Geburt unmöglich ist und auf ein lebendes Kind Wert gelegt wird, die Sectio caesarea auszuführen.

Um 6 Uhr morgens wird nochmals in Narkose untersucht: Sehr grosser Uterus. Kind sehr undeutlich zu tasten. Einige Myome im Fundus. Herztöne undeutlich. Kopf scheint links auf der Darmbeinschaufel zu liegen. Muttermund völlig erweitert. Der Anfang einer Extremität im Muttermund. Gleich darüber die langsam pulsierende Nabelschnur. Allgemein verengtes Becken, ausserordentlich enge Weichteile. Würde Kind per vias naturales extrahiert, so würde es mit grosser Wahrscheinlichkeit zu Grunde gehen.

Extraperitonealer Kaiserschnitt. Blase rechts, daher Schnitt links. Obwohl das Peritoneum sehr weit heruntergeht, gelingt es

leicht und schnell, sie nach links zu drängen. Beträchtliches Stück Cervix freigelegt. Einschnitt: Man sieht die eine untere Extremität des Kindes gerade an dem Schnitt. Die Fehldiagnose erklärt sich durch die dicken Bauchdecken und die Myome. Es ist wohl eine dorsoanteriore Lage, jedoch ist nicht der Kopf, sondern der Steiss auf die linke Beckenschaufel abgewichen. Der Fuss wird ergriffen und an ihm das Kind extrahiert. Es ist schwer asphyktisch, verlangsamte Herzaktion, kein Muskeltonus, Hängenlassen an der Nabelschnur. Allmählich beginnt die Atmung. Dann Abnabelung. Abwarten. Trotz leidlicher Kontraktion des Uterus gelingt Expression der Nachgeburt nicht. Sie sitzt in der rechten Tubenecke, anscheinend auf einem Myom, jedenfalls auf einem in das Cavum weit vorragenden Körper. (Kontraktionsring nicht mit Sicherheit auszuschliessen). Sie ist so zerfetzt, dass sie auf Vollständigkeit nicht rekognosziert werden kann. Deshalb nochmalige Austastung des Uterus. Naht zum grossen Teil fortlaufend, die Muskulatur teils fortlaufend, teils mit Knopfnäthen. Sicherheitsstreifen in den infraperitonealen Raum. Achternäthe. Befriedigende Operation. Dauerkatheter.

18. VII. Viel Eiter aus dem Drainagekanal. Glasdrain eingelegt. Abscess im oberen Teil der Narbe. Hier 2 Näthe entfernt.

20. VII. Fieber um 38,0. Sehr viel Eiter. Dauerkatheter entfernt.

1. VIII. Sehr viel Pyocyaneuseiter. Kal. permang-Verbände.

7. VIII. Jodtinkturanstrich der Bauchhaut und der Wunde.

8. VIII. Pyocyaneus verschwunden.

18. VIII. Wunde granuliert gut.

20. VIII. Zusammenziehen mit Heftpflaster.

24. VIII. Wunde viel kleiner.

27. VIII. Bauchwunde bis auf ein zehnmarkstückgrosse, gut granulierende Stelle epithelialisiert. Vagina eng, Uterus anteflektiert normal gross. Adnexe nicht getastet. Auf Wunsch entlassen. Scharlachsalbenverband.

Fall 6.

A. M., 40 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-Nr. 373.

Familienanamnese o. B. Kreissende hat einmal Erysipelas gehabt, will sonst nie krank gewesen sein. Menses stets unregelmässig. I. para. L. R. 10. IX. Wehenbeginn 1. VIII. Blasensprung 2. VIII. 8 Uhr morgens. Diagnose: I. Schädellage, Herztöne wechselnd, leise um 100. Reichlich Meconiumabgang. Kontraktionsring zwischen Nabel und Symphyse.

Ca. 12 Std. nach Wasserabfluss ist folgender Befund zu erheben: Temp. 38,0°, Muttermund kleinhandtellergross, Blase gesprungen, I. Schädellage. Kopf mit einem kleinen Segment im Becken eingetreten, leicht zurückzudrängen, dabei entleert sich Fruchtwasser das massenhaft meconiumhaltig und meconiumdurchmischt isf. Kindliche Herztöne dumpf, unregelmässig, schwankend, meist 100 und wenig mehr. Keine oder höchstens nur geringe Cervixdehnung. Dem Alter der Frau entsprechend sehr rigide Weichteile. Zur Rettung des Kindes: cervicaler Kaiserschnitt. Blase rechts, Schnitt links. Die Umschlagsfalte des Blasenperitoneums reicht ungeheuer tief in die vordere Douglastasche, sodass dieselbe trotz sorgfältigen Vorgehens eröffnet wird. Es wird darum unter Eingehen mit dem Finger in die Peritonealhöhle und unter Kontrolle durch diesen die Blase teils stumpf teils mit der Scheere abpraepariert. Beim Abschieben der Blase entsteht auf dem Scheitel ein 50 pfennigstückgrosses in Blasenlumen penetrierendes Loch, das mit zweischichtiger Naht exakt versorgt wird. Schluss der Peritonealhöhle mit einer dichten fortlaufenden Catgutnaht. Freilegen eines genügend breiten Stückes der vorderen Cervixwand durch Hinabschieben der Blase und Hinaufschieben des Peritoneums. Incision der Cervixwand, wobei sich zeigt, dass dieselbe doch bereits nicht unerheblich verdünnt ist.

Entwickelung des Kindkopfes mit der Zange (neueres Modell III), was nach einigem Bemühen in Gesichtslage gelingt. Zweischichtnaht der Cervixwunde. Schutzstreifen. Schluss in üblicher Weise. Placenta durch Credé. Sie und die Eihäute sind vollständig.

5. VIII. Temperatursteigerung bis 39,6°. In der Mitte der Naht 2 Fäden entfernt. Viel Eiter. Glasdrain. 8. VIII. Eiterung geringer, Abendtemperatur bis 38,0. 15. VIII Abendtemperatur 38,0, Eiterung geringer, Dauerkatheter entfernt. 17. VIII. Urin wird reichlich spontan entleert. 23. VIII. Zeitweise noch geringe Temperatursteigerungen. Es wird wenig Eiter entleert. 1. XI. Vollkommen geschlossen, gute Granulationen. 10. IX. Wunde noch nicht völlig epithelialisiert. Frische Granulationen ca. 50 pfennigstückgross. Uterus anteflektiert, normal gross. Adnexe o. B. Entlassen.

Fall 7.

E. H., 35 J. Jahrgang 1910/11, Journ.-Nr. 374.

Als Kind Masern, Varicellen, Pertussis aber angeblich keine Rhachitis. I para. Erste Regel mit 14 J., l. R. 27. X. Masse: Sp. i. 23, Cr. i. 27, C. ext. 19, C. Diag. 9,5, C. vera 8. Wehenbeginn 30. VI. 5 h. nachmittags, anfangs schwach, am 31. VII. stärker werdend. 8 Uhr abends: innerer Befund: Muttermund für 1 Finger durchgäng. Cervix verstrichen, Blase steht, Kopf beweglich über dem

Beckeneingang. Diagnose: II. Schädellage, enges Becken. 1. VIII. 6 Uhr abends: Muttermund fünfmarkstück gross, Blase steht, Kopf beweglich über dem Becken. 8,30 Uhr abends: Blasensprung. Status idem, Kopf beginnt sich zu konfigurieren. Herztöne 164. 2. VIII. 1 Uhr morgens: Kräftige, schmerzhafte Wehen. Muttermund kleinhandtellergross, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Herztöne 152, Morphin 0,01. 4 Uhr morgens: Status idem. Gute Wehen. Kopf in Vorderscheitelbeineinstellung, ziemlich stark konfiguriert auf dem Beckeneingang aufgepresst. Herztöne gut, Temperatur 38,0° 10 Uhr morgens: Status idem. 12 Uhr mittags: Status idem. Mekoniumabgang. Temperatur 38,1°. Es wird Sectio caesarea beschlossen.

Der Blasensprung war also vor etwa 20 Stunden erfolgt. Trotz guter Wehen, Muttermundseröffnung und Konfiguration des Schädels tritt dieser nicht ein. Kindliche Herztöne schwankend. Abgang von Mekonium. Temperatur der Mutter 38,3°. Blase ist nach Auffüllung mit 200 ccm Borlösung nach links gelagert. Schnitt rechts von der Linea alba. Es gelingt zunächst nicht, die Blase abzuschieben und bei den darauf hinzielenden Bemühungen wird das Peritoneum sehr verdünnt und an einigen Stellen eröffnet. Um zur transperitonealen Methode überzugehen, wird das Peritoneum weit eröffnet. Es zeigt sich aber jetzt, dass es gelingt mit der Scheere die Blase nach abwärts und das Peritoneum nach oben zu schieben. Darum wird die Peritonealhöhle mit einer dichten, fortlaufenden Catgutnaht geschlossen und weiter extraperitoneal operiert, was nun gut gelingt. Beim Einschneiden der Cervix und Eröffnung der Fruchthöhle entleert sich übelriechendes, mekoniumhaltiges Fruchtwasser, Anlegen der Zange an den Kopf. Das neue Modell (III) rutscht mehrfach ab. Schliesslich gelingt es mit dem älteren Modell den Kopf zu extrahieren. Das Kind, ein Knabe von 2970 gr Gewicht und 40 cm Länge ist mässig asphyktisch und wird durch Schulze'sche Schwingungen, Hautreize etc. nach Entfernung von Schleim mit dem Schlundkatheter wiederbelebt.

5. VIII. Temperatur um 38,0°. Grosser Bauchdeckenabscess, foetider Eiter in grossen Massen entleert. Die meisten Nähte müssen entfernt werden. 8. VIII. Sehr starke Eiterung. Alle Nähte müssen entfernt werden. Täglicher Verbandwechsel. Dauerkatheter entfernt. 10. VIII. Dauernd Fieber um 38,0°. Kal. permanganatver bände. 13. VIII. Eiter noch nicht geschwunden. Wunde wenig tief. Jodtincturanstrich der Haut und Austupfen der Wunde mit Jodtinctur. 15. VIII. Pyocyaneus geschwunden. 16. VIII. Fieberfrei. Eiterung geringer. Verbände mit Perubalsam. 24. VIII. Wunde viel kleiner, eitert wenig, granuliert gut. Zusammenziehen mit Heftpflaster. 25. VIII. Schmerzen im linken Bein. Aspirin 3mal tägl. 0,5

28. VIII. Bein etwas geschwollen. Ischias. Keine Thrombose. 1. IX Bein völlig abgeschwollen, keine Schmerzen. Entlassungsbefund vom. 10. IX. Uterus anteflektiert, eine 50 pfennigstückgrosse Stelle granuliert noch, gut aussehend. Keine Schmerzen.

Fall 8.

H. P., 36 J. Jahrgang 1910/11, Journ.-Nr. 381.

Familienanamnese O. B. Als Kind hat Kreissende Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten gehabt. Sonst stets gesund! Erste Regel mit 18 Jahren. 4 para. I. Partus: Perforation. II. Partus: Wendung, Extraktion. III. Partus: Einleitung der Frühgeburt. Die Wochenbetten waren stets fieberfrei. Kein Kind lebt. L. R. 16. X. Masse: Sp. i 76, Cr. i. 28, C. ext. 19, C. diag. 11, C. vera 9,5. Die Schwangere suchte im April die Schwangernsprechstunde auf, wo ihr wegen engen Beckens empfohlen wurde zur Entbindung in die Klinik zu kommen. Es wurde ihr, da sie gern ein lebendes Kind haben möchte, der Kaiserschnitt vorgeschlagen, womit sie sich einverstanden erklärte. Wehenbeginn 20. VII. Die innere Untersuchung ergibt: Muttermund geschlossen, Cervix 2 cm, kleines Becken leer, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Diagnose: II. Schädellage. 22. VII. $5^1/_2$ Uhr abends meldet die Kreissende, dass sie schon den ganzen Tag Wehen gehabt habe. Die innere Untersuchung ergibt, dass der Muttermund völlig erweitert ist. Die Blase steht. Die Frau wird in den Operationssaal gebracht.

Hier ergibt die Untersuchung In Narkose. Sehr starkes Kind. Steiss auf der rechten Beckenschaufel. Herztöne am Nabel, gut, Rücken rechts. Muttermund handtellergross, Blase steht. Diagonalis 10,5—11,0. Will lebendes Kind haben (cf. frühere Geburten), daher Sectio. Medianincision. Transperitoneales Vorgehen. Befestigung des Peritoneums der Cervix mit dem der Bauchwand mit dicht an einander liegenden Klemmen, um jegliches Einfliessen von Flüssigkeiten in den Bauchraum zu vermeiden. Incision der ca. $^3/_4$ cm dicken Cervix, der Schnitt reicht nach oben bis zu der Stelle, wo die Muskulatur dicker zu werden beginnt. Extraction des sehr starken Kindes am Bein. (Bis zur Geburt sind 7 Minuten vergangen). Guter Herzschlag, Kind sieht rosig aus. Nach cr. 2 Minuten Abnabelung. Kind apnoisch. Es dauert ca. 5 Minuten, ehe es schreit. Atmungsluft riecht nach Aether. Gewicht des Knaben 4950 gr. Da es stark blutet, da Uterus sich trotz Secacornin (3 Spritzen) und Massage schlecht kontrahiert, wird die Placenta durch leichten Zug an der Nabelschnur entfernt. Sie ist vollständig, von den Eihäuten scheint ein Stückchen zu fehlen. Starke Atonie, Naht der Cervix, die am schlaffen stark blutenden Uterus erschwert ist. Incision nicht weiter

gerissen. Endlich steht die Blutung, Uterus wird hart. Nochmalige sorgsame Naht der Cervixmuskulatur mit einzelnen Catgutnähten, sodann Reinigung des Peritoneums der Cervix mit fortlaufender Naht. Rasche Revision der Bauchhöhle, es ist nur an einer Stelle am unteren Wundwinkel eine kleine Menge Blut (Kaffeelöffel) hineingelaufen. Peritonealnaht. Schluss des Abdomens mit Draht. Kochsalzinfusion wegen der starken Blutungen. Puls 120, leidlich kräftig. Aussehen gut.

Das Wochenbett verlief fieberfrei, ohne Störung. Entlassungsbefund vom 12. IX. Narbe fest. Uterus anteflektiert, nicht ganz beweglich, etwa faustgross. Adnexe o. B. Lochien rein serös. Brust o. B.

Fall 9.

M. J., 27. J., Jahrgang 1910/11, Journ.-Nr. 441.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis, sonst keine Krankheiten. Erste Regel mit 19 Jahren, stets regelmässig. I. Partus vor 4 Jahren. Das Kind starb während der Geburt, Perforation. Wochenbett fieberfrei. L. R. Mitte Dezember vorigen Jahres. Masse: Sp. i. 26, Cr. i. 29, C. ext. 18,5, C. diag. 9. Äussere Untersuchung: Kleine Teile rechts, Rücken links, Steiss im Fundus, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Herztöne links unterhalb des Nabels. Innere Untersuchung: Scheide weit, Muttermund geschlossen. Cervix 2 cm lang, vorliegender Teil nicht zu erreichen. Diagnose: I. Schädellage, enges Becken. Während der Nacht sehr träge, seltene Wehen. Da augenscheinlich der Kopf zu gross und hart ist, um durch das Becken hindurchzugehen, wird der Kreissenden der Kaiserschnitt vorgeschlagen. Sie willigt ein.

Die Kreissende befindet sich am Ende des Termins nach der Berechnung. Kind während des Waschens in I. Lage, jedoch ausserordentlich beweglich, Kopf ganz hoch über dem Becken, Muttermund für einen Finger bequem durchgängig, Cervix völlig aufgebraucht. Extraperitonealer Kaiserschnitt. Nach Auffüllung der Blase, welche weit rechts liegt, wird links eingegangen. Nicht die geringste Peritonealverletzung obwohl keine Dehnungserscheinungen da waren, und das obere Cervixsegment noch nicht entwickelt war. Die Entwickelung des Kindes war schwer, besonders deshalb, weil jetzt ganz entschieden eine II. Lage bestand, wozu der links angelegte Bauchschnitt nicht recht passte. Schliesslich doch Entwickelung des Kopfes mit der Zange, welche doch recht schlecht war, schliesslich mit einer Art Ritgen von den Bauchdecken aus ausgeführt worden. Kind schlaff, asphyktisch, leicht wiederbelebt. Der Uterus kontrahiert sich nach der Operation gut, Placenta folgt bald auf Credé, sass an

der hinteren Wand vollständig. Die durchschnittene Uterusmuskulatur ist recht dick, am oberen Winkel mindestens 1 cm, blutet auch während des Einschneidens sehr stark (grosse Venen), nach der Elimination des Kindes nicht mehr. Naht des Uterus fortlaufend und mit Knopfnähten, nachher noch Adaptionsnähte, Muskelnähte, Schutzstreifen in die Tiefe der nicht vereinigten Partie der Wunde. Interessante, befriedigende Operation. 14. IX. Streifen entfernt, mässige Sekretion. 18. IX Schmerzen in den Brüsten. Hochbinden, Alkoholumschlag. 22. IX. Fäden gezogen. Sekretion gering. 3. X. Temperatur 38,2. Schmerzen in der rechten Mamma. Infiltrat am medialen Rande. Biersche Saugung zweimal $^1/_2$ Stund. 5. X. Temperatur abgefallen, Schmerzen geringer. 6. X. Temperatursteigerung bis 40.5. In der Tiefe der rechten Mamma ein wenig schmerzhaftes Infiltrat zu tasten. Bauchwunde geschlossen, Abdomen einwandfrei. 8. X. Höchsttemperatur 38,1. Die Brust noch recht infiltriert, nicht sehr schmerzhaft, von einer Eröffnung wird Abstand genommen. Lungen und Herz o. B. Genitalbefund: Uterus normal gross, anteflektiert. Adnexe nicht zu tasten, kaum schmerzhaft. 12. X. Abends 38,5. Punktion ergab negatives Resultat. 13. X. Nach Ansicht der Chirurgen für eine Inzision noch kein Zeitpunkt. Saugen. 15. X. Status idem. 17. X. Fluktuation nachweisslich, daher Verlegung auf die chirurgische Klinik.

Fall 10.

M. D., 27 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 679.

Als Kind hat die Kreissende Rhachitis gehabt. Mit 3 Jahren bekam sie nach einem Unfall eine Rückgratsverkrümmung, vom 16.—24. III. 1910 wegen oophoritis in der Klinik. Masse: Sp. i. 21,5, Cr. i. 24, C. ext. 17, C. Diag. 9.5. II para. L. R. 20. III. Wehenbeginn 27. XII. mittags, Blasensprung. 28. XII. 5 Uhr vormittags. Äussere Untersuchung: Fundus 1 Querfinger unter proc. ensiformis Rücken anscheinend links, kleine Teile rechts. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne links unterhalb des Nabels, 130—160 pro Minute. Innere Untersuchung: 10,30 Uhr vormittags, Muttermund handtellergross, Kopf beweglich. Starke Kopfgeschwulst. Schädel stark konfiguriert. Kl. Fontanelle links vorn, Pfeilnaht anscheinend quer. Diagnose: I. Schädellage, enges Becken. Es wird Walchersche Hängelage gemacht. 2,30 Uhr p. m. Innere Untersuchung: Muttermund völlig erweitert. Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Pfeilnaht quer. Es wird nun von Seiten der Poliklinik ein erfolgloser Versuch einer hohen Zange gemacht und die Frau dann in die Klinik gebracht. 4,25 Uhr p. m. Abermalige innere Untersuchung: Muttermund vollständig, Blase gesprungen,

sehr starke Kopfgeschwulst, Kopf im Beckeneingang, noch zurückschiebbar, Pfeilnaht etwa quer, Fontanellen nicht genau durchzutasten, kleine Fontanelle anscheinend links, Promontorium mit gebogenem Finger erreichbar. Die Frau wird nun zwecks Sectio caesarea nach dem Operationssaal gebracht.

Hier wird am 28. XII, 12 Stunden nach Wasserabfluss, die Sect. caes. ausgeführt, nachdem ein von der Poliklinik unternommener, schonender Versuch einer hohen Zange, keinen Effekt gehabt hat. In Narkose wird nochmals festgestellt, dass eine sehr starke Kopfgeschwulst besteht und in das Becken hineinragt. Sonst ist der Kopf beweglich über dem Becken. Er ist sehr gross und hart. Herztöne schwankend. Blasenauffüllung macht wahrscheinlich, dass die Blase rechts liegt. Schnitt daher links in üblicher Weise, er ist klein, ungefähr nur handbreit. Es erweist sich nach Durchtrennung der Muskeln, dass die Blase doch weiter als angenommen nach links hinübergeht. Entleeren der Blase mittels Katheters. Abschieben der Blase nach unten, des Peritoneums nach oben, was gut gelingt, Jedoch entsteht, da man sich zu nahe an der Blase hält, ein Riss an derselben, der dann noch beim Fortgang der Operation weiter reisst, sodass eine etwa 4 cm lange, penetrierende Blasenwunde vorhanden ist. Im übrigen gelingt es vollständig, extraperitoneal zu operieren Nach der Inzision wird Kaiserschnittzange Modell II angelegt. Die Entwickelung des Kopfes mit derselben, gelingt diesmal spielend leicht. Das Kind, ein Knabe, ist leicht asphyktisch, wird durch Hautreize zum Schreien gebracht. Nach einiger Zeit wird die gelöste Placenta leicht exprimiert. Sie und die Eihäute sind vollständig. Naht der Cervixwunde wie üblich in zwei Schichten. Darauf Naht der Blase zweischichtig. Hierauf Wundversorgung durch Schichtnähte derart, dass nirgends tote Räume entstehen, da in Rücksicht auf die Blasenverletzung von jeglicher Drainage Abstand genommen werden soll. Dies gelingt auch in befriedigender Weise. Schluss der Bauchwunde in üblicher Weise. Operationsdauer 40 Minuten.

30. XII. Temperatur 37°—38°, Puls 120—140, viel Husten, Urin klar, ohne Blut. 2. I. Temperatur 38°—39°, Puls 110—120. Bronchitis unverändert. Urin gut. Bauchdeckenabscess, aus dem nach Entfernung von 2 Drahtnähten reichlich Eiter entfernt wird. 7. I. Temperatur 37°—38°. Keine Sekretion aus dem Bauchdeckenabscess mehr. Bronchitis gebessert. Cystitis, im Urin kein Blut. 9. I. Dauerkatheter ab. 11. I. Fäden gezogen. Heilung per primam bis auf die früher gezogenen Fäden. Aus dem Bauchdeckenabscess, der zugranuliert, nur noch geringe Sekretion. Keine Cystitis mehr. Bronchitis des linken Unterlappens unverändert. 15. I. Patientin darf aufstehen. Entlassungsbefund: Hängebauch. Laporatomienarbe

fest, schmal. Nur am oberen Ende des untersten Viertels eine kirschgrosse, runde, granulierende, z. T. überhäutete Fläche ohne nennenswerte Sekretion. Uterus gut involviert, anteflektiert. Blasentätigkeit ungestört. Bronchitis des linken Unterlappens. Keine Beschwerden.

Fall 11.

P. G., 29 J., Jahrgang 1910|11, Journ.-No. 683.

Familienanamnese o. B. Angeblich nie krank, auch keine Rhachitis. Erste Regel mit 18. Jahren, regelmässig. I. para. L. R. Anfang März. Masse: Sp. i. 27, Cr. i. 29, C. ext. 21, C. Diag. 10,5. Wehenbeginn 21. XI. Um 8 Uhr p. m. untersuchte die Hebamme innerlich. Um 10 Uhr p. m. liess sie wegen „falscher Lage" einen Arzt kommen. Dieser untersuchte gleichfalls innerlich, diagnoscitierte ein enges Becken und meinte, der Kopf wäre zu gross, um durchtreten zu können. Kurze Zeit nachher trat der Blasensprung ein. Während der ganzen Nacht starke Wehentätigkeit. 22. XI. 4 Uhr a. m. untersuchte der behandelnde Arzt abermals innerlich, erklärte, dass die Geburt nicht vorschreite und riet der Frau, sich in die Klinik zu begeben. Hier ergab die äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unterhalb des proc. ensiformis, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Rücken links, kleinere Teile rechts. Herztöne links unterhalb des Nabels, 120 in der Minute. Die innerliche Untersuchung ergab: Muttermund für 2 Finger durchgängig, Blase gesprungen, Kopf beweglich über dem Becken, anscheinend zu gross, um durchtreten zu können. Die Kreissende wünscht lebhaft ein lebendes Kind. Das ist bestimmend schon jetzt die Sectio caesarea vorzunehmen. Fette Bauchdecken. Uterus stark dextrovertiert. Blasenauffüllung nicht möglich, da der Urin immer wieder abläuft. Schnitt links. Abschieben des Peritoneums von der Bauchwand und Uterus nicht leicht, da noch keine Cervixdehnung vorhanden ist. Einschnitt, Entwickelung des Kopfes mit der Zange. Kind bleich asphyktisch, stark mit Mekonium besudelt, ohne Atmung, aber deutlicher, wenn auch verlangsamter Herzschlag. Wundversorgung in üblicher Weise. Jodoformgazedocht links in den prävesikalen Raum wie üblich. Blase durch fortlaufende Naht befestigt.

23. XI. Flatus ab. Wegen Bronchitis Liqu. amm. 3 × täglich 10 Tropfen. 24. XI. Mixtr. solv., nachts Brustpackung, T. 38,8. 25. XI. Starke Dyspnoe. Rechts hinten unten, an einer circumskripten Stelle tympanitische Dämpfung, abgeschwächtes, bronchitisches Atmen und Knisterrasseln (Lungeninfarkt?). T. 37,2; P. 104. Mixtr. solv., Brusttee, Brustpriessnitz ab. Eisblase an die rechte Lungenseite, Digalen, Cornutin. 27. XI. Urintröpfeln. Dauerkatheter wegen sitzender Haltung der Patientin nicht durchführbar.

Urotropin, — Patientin klagt über Schmerzen in den Varicen des linken Unterschenkels (feuchter Verband). V. W. 30. XI. V. W. In die Tiefe gehende, schmierige, stark stinkende Wundfläche, fünfmarkstückgross. Einige Nähte, die eitrig unterminiert scheinen werden entfernt. $H_2 O_2$ Gazestreifen. 1. XII. Blasenspülung mit Borsäure und darauf Ag NO_3lösung. Der Urin fliesst ziemlich klar ab. Wegen leichten Ödems der Labien: Essigsaure Tonerdevorlage. 2. XII. V. W. Status idem. $H_2 O_2$ — Leukofermatin. Gazestreifen. 3. XII. Blasenspülung. 4. XII. Status idem. V. W. 5. XII. Blasenspülung. Man hat den Eindruck, dass weniger Flüssigkeit aus der Blase fliesst, als man einfüllt. Es zeigt sich, dass beim Auffüllen der Blase, Flüssigkeit aus der Bauchwunde fliesst, also eine Bauchdeckenblasenfistel besteht. — Dauerkatheter. — Die letzten Fäden entfernt, V. W. Leukofermatin. Gazestreifen. 10. XII. Katheter verstopft Urin fliesst durch die Bauchwunde. Wunde rein. 11. XII. Wegen heftig brennenden Schmerzen in der Urethra wird der Dauerkatheter entfernt. Der Urin fliesst wieder zum Teil durch die Bauchwunde 14. XII. Es erweisst sich, dass die Schmerzen in der Urethra von einem Dekubitalgeschwür in der Urethra herrühren. 15. XII Von neuem Dauerkatheter. 16. XII. Aus der Wunde fliesst weniger Urin. Grosse, von schlaffen Granulationen bedeckte Wundfläche. Trockenverband 18. XII. Kein Urin aus der Bauchwunde mehr. Saubere Granulationen. Starke Cystitis. 20. XII. Bauchwunde geschlossen. Handtellergrosse Granulationsfläche. Trockenverband. 27. XII. Wunde granuliert zu. Scharlachsalbe. 1. I. 11. Wundfläche fünfmarkstückgross, keine Schmerzen. 5. I. Wohlbefinden. 10. I. Plötzlich abends Temperaturanstieg. Die Wunde verkleinert sich zusehends. Seit dem 15. I. Fieberfrei. Entlassung am 19. I. Temperatur normal, keine Beschwerden. Wunde fasst völlig geschlossen. Uterus in Mittelstellung auffallend mobil. Adnexe o. B. Keine Schmerzen Mit den nötigen Massregeln entlassen.

Fall 12.

M. M., 25 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 723.

F. A. o. B. Als Kind angeblich Gelenkrheumatismus, keine Rhachitis. Erste Regel mit 15 Jahren, l. R. Anfang März. I. para. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 26, C. ext. 20, C. Diag. 9,5. Wehenbeginn 18. XII. 1 Uhr nachts. Am 18. mittags wurde eine Hebamme gerufen, am selben Tage nachmittags ein Arzt. Vor der Einlieferung in die Klink wurde die innere Untersuchung dreimal vom Arzt und dreimal von der Hebamme vorgenommen. Die äussere Untersuchung ergab: Fundus 3 Querfinger unter dem proc. ensiformis. Vorliegender Teil der Kopf, über dem Beckeneingang, Rücken links, kleine Teile

rechts, Herztöne 150, links unterhalb des Nabels. Am 21. XII. 10,30 Uhr p. m. ergibt die innere Untersuchung: Muttermund 1 Markstückgross, Cervix verstrichen, vorliegend Kopf über dem Beckeneingang. Linea innominata überall gut zu erreichen. Blase steht. Temperatur 37,2.

Nach 3 mal 24 stündigem Kreissen und 12 stündigem Beobachten in der Klinik, wird die Kreissende in den Operationssaal gebracht, zwecks Ausführung des Kaiserschnittes. Die Untersuchung in Narkose ergibt: Auffallend stark vorspringendes Promontorium. Kopf gross, hart, völlig über dem Becken befindlich in I. S.—L., Hinterscheitelbeinstellung. Eihäute über dem Kopf, ob Blase gesprungen mit Sicherheit nicht festzustellen. Muttermund knapp 2 Markstückgross, Wehentätigkeit mässig. Kindliche Herztöne gut. Es bestehen deutliche Ausziehungserscheinungen der Cervix, die während der klinischen Beobachtungen noch ausgesprochener werden. Blasenauffüllung ergibt Rechtslage der Blase. Schnitt in der üblichen Weise und zwar links von der Linea alba. Abschieben der Blasenfalte, welche noch ganz tief nach unten reicht, was bei voller Blase ganz gut gelingt. Da die Muskeln im Gesichtsfelde sehr stören, wird der Obliquus etwas eingekerbt, ohne dass ein grosser Vorteil sich erweist. Schliesslich gelingt es, die sehr verdünnte Cervix in genügender Ausdehnung frei zu bringen, wobei bereits an einer Stelle die Cervixwand durchgerieben wird, sodass Kopfhaare sichtbar werden. Inzision der Cervix mit der Scheere, Anlegen der Zange (Modell II), Entwickelung des Kindes, nachdem die Zange einmal abgerutscht ist, in üblicher Weise, erschwert dadurch, dass das Cervixloch sehr klein ist. Darauf zweischichtige Cervixnaht. Während der Naht leichte Expression der gelösten Placenta, sie und die Eihäute vollständig. Schluss in üblicher Weise, Schutzstreifen. Auffallend unblutige Operation. Urin nach der Operation völlig klar; Kind mässig asphyktisch. Massenhaft Meconium im Eihautsack, der ganz grünlich verfärbt ist. Kind ein Knabe, hat ein Gewicht von 2740 gr, ist 50 cm lang, Kopfumfang 36,5 cm.

28. XII. Anfangs besteht leichtes Fieber, bis 38,0°, ist allmählich abgefallen. Seit dem 4 Wochenbettstage vollkommen fieberfrei. Recht gutes Allgemeinbefinden. Mässige Secretion aus dem Drainagekanal. 4. 1. 11. Bisher völlig fieberfrei. Wohlbefinden. Heute abend 39,0°. Mastitis rechts. Alkoholverband. 6. 1. Mastitis hält an. Fieber 38° –39°. Bisher keine Abscedierung. Bauchwunde gut verheilt (Fäden gezogen). Drainagekanal geschlossen. Wöchnerin klagt über heftige Stiche beim Atmen rechts hinten. Lungenbefund regelrecht. Kein Husten. 9. I. Mastitis gebessert. Temperatur normal. Gutes Allgemeinbefinden, keine Lungenerscheinungen mehr. 12. I. Nach 4 Tagen ohne jede Beschwerde, Mastitis

gut zurückgegangen und kein Fieber. Heute wieder 38,7°. Stärkere Schwellung und Infiltration im oberen Teil der rechten Mamma. In Baracke verlegt. 14. I. Zwei Inzisionen in Narkose im r. oberen Quadranten der r. Mamma. Es entleert sich viel Eiter, durch beide Öffnungen Drain durchgeführt. 19. I. Abends noch Temperatur. Reichliche Secretion. Keine Schmerzen. 23. I. Temperatur nur noch abends subfebril. Secretion mässig, Befund gut. 30. I. Abends noch immer Temperatur. Reichlich Secretion, daher zum Saugen in die Baracke der chirurgischen Klinik verlegt.

Fall 13.

A. St., 26 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 754.

Familienanamnese o. B. Angeblich hat Kreissende keine Krankheiten, auch keine Rhachitis gehabt. Erste Regel mit 15 J. III para. L. R. 27. 3. 10. Ohne dass vorher Wehen eingetreten waren, sprang beim Arbeiten am 3. I. 11 3 Uhr p. m. die Blase und floss angeblich reichlich Fruchtwasser ab. Seit dem Blasensprung alle halbe Stunden Wehen von 1 Minute Dauer. Äussere Untersuchung: Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken links, kl. Teile rechts. Herztöne links unterhalb des Nabels. 150. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 26, C. ext. 19, C. Diag 10,5. 12. I. 3½ Uhr p. m. Innere Untersuchung: Muttermund dreimarkstückgross. Cervix ½ cm lang. Vorliegend Kopf, beweglich über dem Becken. Grosse Fontanelle rechts zu tasten., Pfeilnaht quer verlaufend und ist hinten dicht am Promontorium gelegen. Blase gesprungen, Promontorium leicht erreichbar. (C. d. 10,5). Diagnose: I. Schädellage o. B. 13. I. 7 Uhr a. m. 2. innere Untersuchung: Muttermund fünfmarkstückgross, gr. F. rechts, Pfeilnaht im 1. schrägen Durchmesser, Blase gesprungen. Kopf beweglich im Beckeneingang. 4½ Uhr p. m. 3. innere Untersuchung: Status idem, 9½ Uhr p. m. Die Wehen werden kräftiger und häufiger. Walchersche Hängelage ½ Std. 10 Uhr p. m. 4. innere Untersuchung: Status idem, Muttermund kleinhandtellergross. Dauerkontraktionen des Uterus, 1 Spr. Morphin, kindliche Herztöne gut. 14. I. 7 Uhr a. m. In der Nacht wenig Wehen, Herztöne gut. 5. innere Untersuchung: Status idem. 14. I. 10 Uhr a. m. Kreissende wird, da der Kopf anscheinend sehr gross ist und keine Tendenz zum Eintritt in Becken zeigt, zur Vornahme der sectio caesarea extraperit in den Operationssaal verlegt.

Hier wird in Narkose festgestellt: Kopf im Beckeneingang. Eine recht grosse Kopfgeschwulst scheint vorzutäuschen, als ob ein kleines Segment eingetreten wäre. Der Kopf ist sicher recht gross;

es ist nicht wahrscheinlich, dass ein Tarnier Effekt hat, daher extraperit. Kaiserschnitt. Blase recht weit links. Stumpfe Durchwühlung des Rectus. Die Abschiebung der Peritonealfalte gelingt schnell, ohne Mühe und sicher, ebenso die der Blase. Keine Peritonealverletzung. Die Entwickelung des Kopfes ist nicht leicht. Zange (Modell III) wird angelegt, schliesslich wird der Kopf mit Zange (Modell II) aber ebenfalls in unbefriedigender Weise und mit Mühe entwickelt. Kind rosig aussehend, asphyktisch, atmet bald schwach, alsbald Abnabelung und leichte Wiederbelebung. Cervix mit Knopfnaht und darüber fortlaufender Naht genäht. Der Schnitt in der Cervix liegt nicht allzusehr auf der Seite und blutet nicht stark. Placenta vollständig, folgte etwa 10 Minuten nach dem Kinde auf Credé.

Wochenbett fieberfrei. Höchsttemperatur am 4. Wochenbettstage 37,8. Anfangs mässige Secretion aus dem drainierten praecervicalen Raum. Jeden 2. Tag Verbandswechsel. 27. I. Drainagekanal granuliert. Fäden gezogen. Primäre Heilung. 3. II. Epithelialisierung der Granulationsfläche am unteren Ende der Bauchnarbe macht nur langsame Fortschritte. Schwarzsalbenverband. 6. II. Aufstehen.

Entlassungsbefund: Glatte Operationsnarbe im unteren Drittel noch ein schmaler, nicht überhäuteter Granulationsstreifen. Uterus retrovertiert. Cervix an der Bauchnarbe fixiert. Muttermund geschlossen. Uterus ziemlich gut involviert. Mammae und Adnexe o. B. Keine Beschwerden.

Fall 14.

E. K., 37 J., Jahrgang 1910|11, Journ.-No. 772.

Familienanamnese o. B. Kreissende will nie ernstlich krank gewesen sein. Erste Regel mit 14 J., immer regelmässig. III. para. 1. Partus: Zange, Kind lebt. 2. Partus: Wendung, Kind tot. L. R. 23. IV. 10. Masse: Sp. i. 22, Cr. i. 26, C. ext, 18, C. diag. 10. Wehenbeginn 20. I. 11 Uhr p. m. Blasensprung 20. I. 12½ Uhr p.m. Äussere Untersuchung: Fundus 2 Querfinger unterhalb des proc. ensif., Kopf beweglich über dem Becken, Steiss im Fundus. Rücken links, kleine Teile rechts, Herz-töne links unterhalb des Nabels, 140 pro Minute. C. diag. 10, C.vera 8,5. Innere Untersuchung: 21. I. 11. 1¼ Uhr a. m. Portio2 cm lang, Muttermund 2 Markstückgross, Blase nicht zu fühlen, vorliegender Teil Kopf, Pfeilnaht quer, nahe der Symphyse. In der Nacht alle 10 Minuten mittelmässige Wehen. 21. I. 11. 7,30 Uhr a. m. 2. Innere Untersuchung: Muttermund kleinhandtellergross, Kopf nach links abgewichen, grosse Fontanelle rechts, tiefer als die kleine. Kopf nicht eingetreten. Da wegen der Abweichung des Kopfes der Eintritt in

das Becken fraglich erscheint, die Extraction des nachfolgenden Kopfes bei einer Wendung unmöglich sein würde, so wird die Ausführung des Kaiserschnittes beschlossen.

Dieser wird um 8,30 Uhr a. m. extraperitoneal ausgefürt. Blase etwas mehr nach links. Uterus sehr stark dextrovertiert; Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen. I. Schädellage. Nennenswerte Cervixdehnung ist nicht da. Links geschnitten. Abschiebung der Blase und der Plica praevesicalis gelingt leicht. Man schneidet durch ziemlich dicke Muskulatur des Uterus. Schnitt geht schliesslich bis hart über den äusseren Muttermund. Kopfentwickelung mit Zangenmodell III, nicht schwer, nachdem das Hinterhaupt mit Hackenschieber, der die Kopfschwarte fasst, eingestellt ist. Kind rosig aussehend mit normaler Herzfrequenz geboren, atmet jedoch nicht, erweisst sich schliesslich als schwer asphyktisch. Es gelingt erst nach längeren Bemühungen es zum Atmen und Schreien zu bringen. Es wiegt 3790 gr. und ist 51 cm lang. Placenta auf Credé ziemlich bald nach Elimination des Kindes. Blutverlust mässig. Der Hackenschieber am Kopfe des Kindes muss 2—3 cm über der kleinen Fontanelle im Bereich der Pfeilnaht angelegt werden.

9 Tage nach der Operation Bauchdeckenabscess. 2. II, Fistelbildung. 19. II. Fistein schliessen sich langsam unter geringer Secretion. 23. II. Heilung. Granulationen haben sich überhäutet. Fisteln geschlossen.

Entlassungsbefund: Die Kranke gibt noch etwas Kreuzschmerzen an. Stuhlgang und Wasserlassen o. B. Uterus retroflektiert, dextroponiert, gut involviert, an der Narbe adhärent. Bauchwunde linear vernarbt bis auf das untere Dritttel. Mammae o. B.

Fall 15.

A. K., 21 J., Jahrgang 1910/11. Journ.-Nr. 795.

Kreissende, eine II. para, will nie krank gewesen sein, auch keine Rachitis gehabt haben. Menstruation stets unregelmässig. Erste Geburt vor 2 Jahren, spontan, lebendes Kind, angeblich gross, starb nach 14 Tagen. L. R. März oder April. Wehenbeginn. 23. I. 11. 6 Uhr p. m. Äussere Untersuchuug: Fundus am Rippenbogen, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts. Herztöne links unterhalb des Nabels, 140 pro Minute, Innere Untersuchung am 22. I. 10,30 Uhr p. m. Muttermund 1 Markstückgross. Cervix $^1/_2$ cm, Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich hoch über dem Beckeneingang. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 27, C. ext. 17,5, C. diag. 10,5. Wehen häufig und kräftig. 24. I. 12,05 Uhr a. m. Blasensprung. 24. I. 12,30 Uhr

a. m. 2. innere Untersuchung: Muttermund 5 Markstückgross, Blase gesprungen, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Pfeilnaht quer, grosse Fontanelle rechts, am tiefsten, kleine Fontanelle nicht zu erreichen. Herztöne 180. Morphin. 24. I. 2,45 Uhr a. m. Herztöne dauernd 170—180, Wehen stürmisch, Kopf noch nicht eingetreten. 4 Uhr a. m. Herztöne noch beschleunigt. Wehen stürmisch. 1 Spritze Morphin. 7 Uhr a. m. Kopf noch beweglich, Pfeilnaht quer, Muttermund handtellergross, Wehen gut, Herztöne 140. Da der Kopf nicht eintritt, Sectio caesarea.

Untersuchung in Narkose: Kopf stark abgewichen auf die linke Darmbeinschaufel. Mindestens mittelgrosses Kind. Kopfgeschwulst. Kind geschädigt. Eintrittsmöglichkeit kaum vorhanden. Der extraperitoneale Kaiserschnitt gelingt vollkommen. Bei der extramedianen Lage des Uterus erfolgt die Inzision ganz nahe dem Eintritt der uterinen Gefässe. Infolgedessen sehr starke Blutung. Kind mit Herzschlag, aber ohne Respiration, rosig aussehend, mit Zange (Modell III) entwickelt. Muskeltonus schwach. Placenta ist bereits gelöst und zum grössten Teil aus dem Uterus ausgestossen, nachdem oben das Kind eliminiert ist.

Fieberhafter Verlauf bis zum 12. Tage nach der Operation. Höchste Temperatur am Tage der Operation 38,3. 31. I. Nach vorheriger zweimaliger Kürzung des Streifens Streifen gezogen. 8. II. Langsame Heilung der Bauchdeckenfistel bei geringer Secretion. 10. II, Patientin sitzt auf. 16. II. Patientin steht auf. 18. II. Heilung.

Entlassungsbefund: Keine Beschwerden. Gut verheilte Operationswunde. Frische, unten breite aber überall epithelialisierte, feste Narbe. Uterus: retrovertiertflektiert, Cervix adhaerent an der Bauchnarbe.

Fall 16.

R. M., 28 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 827.

In der Familienanamnese Lungentuberkulose. Als Kind Masern und Rhachitis, hat erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Erste Periode mit 18 J., stets regelmässig. III. para. I. Partus 1902 — Perforation. II. Partus — Kaiserschnitt, Kind lebt. L. R. Anfang Mai, Masse: Sp. i. 25, Cr. i. 25,5, C. ext. 17, C. diag. 9,5. Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unterhalb des proc. ensiformis, Kopf abgewichen auf die linke Darmbeinschaufel, Rücken rechts, kl. Teile links oben, Steiss rechts. Herztöne in der Mittellinie unter dem Nabel, 120 pro Minute. Innere Untersuchung (am 6. II. 11, 7 Uhr p. m.): Muttermund geschlossen, Cervix 1,5 cm lang, kein vorliegender

Teil zu tasten. Promontorium leicht erreichbar. (C. diag. s. oben). 10. II. 7 Uhr morgens schwache Wehen.

Die Frau hat manifeste Geburtswehen, wenn auch der äussere Muttermund nur eben für einen Finger durchgängig ist. Kind in II. Querlage. Da der Termin da ist, Kaiserschnitt und zwar klassisch gedacht, weil Sterilisation gewünscht. Schnitt in der alten Narbe, die handbreit über dem Nabel beginnt und handbreit unter dem Nabel endigt. Man kommt nirgends in freies Peritoneum, sondern befindet sich in unmerklichem Übergang, nachdem man in eine grosse Tiefe durchtrennt hat in manifester Uterusmuskulatur, welche successiv getrennt wird, Blutung lebhaft. Öffnung des Eisackes. Wendung und Extraction am linken Fuss. Das Kind atmet sofort, jedoch erweist die weitere Beobachtung, dass es nicht apnoisch sondern asphyktisch ist und ziemlich reichlich aspiriert hat. Nachher erweist sich, dass der Kaiserschnitt nicht völlig extraperitoneal gelungen ist, sondern dass unten der Schnitt an einer kleinen Stelle ins freie Peritoneum hineingeht. Dann wird der Uterus aus seinen breiten Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand recht mühsam mit dem Paquelin getrennt, da die Adhäsionen sehr fest sind. Dann Elimination der Placenta, welche durch ein grosses Haematom völlig abgetrennt ist, während die Eihäute noch fest haften. Fortlaufende Uterusnaht in 2 Schichten geschützt durch Einzelnähte.

Sterilisation, und zwar so, dass die linke Tube im Bereich der Kontinuität durchschnitten und das proximale Stück in das Peritoneum versenkt wird, wogegen rechts der distale Teil reseziert wird, Säuberung des Peritoneums, besonders des Douglas. Schluss.

Bis zum 13. Tage post operationem leicht fieberhafter Verlauf. Von da ab abendliche Temperaturen bis 37,3. Reaktionslose Heilung der Operationswunde. Seit dem 18. Tage post operationem ausser Bett.

Entlassungsbefund: Keine Beschwerden. Uterus anteflektiert. Muttermund geschlossen. Kein Exsudat.

Fall 17.

L. M., 26 J. Jahrgang 1910/11, Journ.-Nr. 869.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis. Mit 14 J. erste Periode. II. para. L. R. weiss sie nicht anzugeben, da sie stets gestillt hat. I. Partus — Kaiserschnitt, (nach Latzko). Masse: Sp. i. 22, Cr. i. 24, Conj. ext. 17,5. Wehenbeginn 24. I. 1 Uhr nachts. Blasensprung 9,30 Uhr a. m. Äussere Untersuchung: Fundus am Rippenbogen, Kopf über dem Beckeneingang, Steiss im Fundus, kleine Teile nicht zu tasten, Herztöne beiderseits unterhalb des

Nabels gut zu hören, 140. Der Uterus ist dauernd stark kontrahiert. Fingerbreit oberhalb des Nabels eine querverlaufende Furche. Hier und in den unteren Abschnitten des Uterus starke Schmerzen bei Druck. Die Frau erhält 2 Spritzen Morphin. 4 Uhr p. m. innere Untersuchung: Muttermund fünfmarkstückgross. Am Saum vorne ein für einen Finger durchgängiges Loch, das in die Cervix führt. Kopf auf dem Becken aufgepresst, grosse Kopfgeschwulst. Promontorium leicht zu erreichen, c. diag 9,5. Ob es sich um 1. oder 2. Lage handelt, ist wegen der grossen Kopfgeschwulst nicht festzustellen. Verlagerung nach dem Operationssaal zum Kaiserschnitt.

Die alte Narbe befindet sich in der Linea alba und ist in ihrer unteren Hälfte eingezogen, strahlig und mit ihrer Unterlage unverschieblich, sodass man von vornherein den Eindruck gewinnt, dass es hier unmöglich sein dürfte, in ablösbares, praeperitoneales Gewebe zu kommen. Da mitgeteilt wird, dass seinerzeit die Blase von links her abgelöst wurde, so soll diesmal versucht werden, von rechts her abzulösen, obwohl die Blasenanfüllung ergibt, dass die Blase nach rechts liegt. Schnitt 1 Finger breit von der Lin. alb. mitten durch den Obliquus. Blase wird entleert. Es wird versucht, die Blase abzuschieben, um ins praeperitoneale Gewebe zu kommen. Hierbei zeigt sich, dass auch auf dieser Seite eine narbige Fixur der Blase besteht. Es gelingt nicht, dass Peritoneum von der Blase abzuschieben, dasselbe wird immer dünner und reisst schliesslich doch ein. Es wird nunmehr unter Kontrolle vom Abdomen aus mit Scheere und Tupfer die Blase abgeschoben bis die peritoneale Umschlagsfalte sichtbar wird und sich bereits nach oben zu schieben beginnt. Darauf wird mit dichter fortlaufender Catgutnaht das Peritonealloch vernäht, in der üblichen Weise stumpf mit Tupfern ein genügend grosses Stück Cervix freigelegt. Inzision desselben. Es entleert sich stark mekoniumhaltiges Fruchtwasser. Zange. Es wird zunächst Modell III angelegt. Das Kind dreht sich in Gesichtslage und ist nicht zu extrahieren. Modell II; Extraction in Gesichtslage relativ leicht. Kind tief asphyktisch, wiederbelebt. Jetzt erweist sich, dass der narben-, also medianwärts geleggne Teil der Abschlussnaht des Peritonealraumes an einer etwa 1 Markstückgrossen Stelle nicht dicht gehalten hat. Es wird der Peritonealraum mit Stieltupfern ausgewischt, wobei er sich als absolut frei von Blut erweisst und das Loch jetzt sofort mit dichter, fortlaufender Naht versorgt. Nach einigen Minuten leichte Expression der gelösten Placenta, sie und die Eihäute vollständig. Übliche Naht der Cervix zweischichtig, wobei sich erweisst, dass anscheinend teilweise die alte, brüchige zerreissliche Narbe mit getroffen war. Vioformgaze. Schluss in üblicher Weise. Operationsdauer 50 Minuten.

28. I. Streifen gekürzt, keine stärkere Secretion. 30. I. Bauchdeckenabscess in der Mitte der Wunde mit stärkerer Secretion. 4 Nähte entfernt. Wasserstoffsuperoxyd. Tamponade mit Jodoformgaze. Streifen gekürzt. 3. II. Starke eitrige Secretion. Nekrose des Unterhautzellgewebes an den Wundrändern. Temperatur 37,4.

5. II. Nekrotisches Gewebe stösst sich ab. Secretion etwas geringer, aber auch noch aus der Fistel im Grunde der Wunde. 7. II. Wundfläche mit gut aussehenden Granulationen bedeckt. Fistel in der Tiefe sezerniert wenig. 9. II. Status idem. 13. II. Keine Secretion. Wunde granuliert gut. 15. II. Grosse granulierende Wundfläche, geringe Secretion., Fistel hat sich verkürzt. 17. II. Wundfläche hat sich verkleinert. Fistel noch 1 cm tief, ausstreichen mit Argent. nitr.-Salbe. 21. II. Epidermisierung vom Rande der Wunde macht gute Fortschritte. Granulationen secernieren etwas mehr. 23. II. Gute Epidermisierung. 19. III. Entlassung: Uterus klein, anteflektiert, ventrifixiert. Sehr enge Vagina. Grosse strahlige Narbe über der Symphyse, nicht vollständig überhäutet. Keine Beschwerden.

Fall 18.

S. D., 25 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-No. 876.

Vater lebt, Mutter an ca. mammae gestorben. Als Kind Masern., angeblich keine Rhachitis. 1. Menses mit 17 J., unregelmässig. II. para. I. Partus-Zange. Wochenbett normal. L. R. Mitte April 1910. Masse: Sp. i. 26, Cr. i. 28, C. ext. 17, C. diag. 10, Wehenbeginn 17. I. 11, 10 Uhr p. m. Wehen anfangs kräftig, nach dem am 18. I., 6 Uhr a. m. erfolgten Blasensprung seltener und weniger kräftig. seit 11 Uhr a. m. wieder häufiger und kräftiger. Äussere Untersuchung: Fundus 1 Finger unterhalb des Nabels. Kopf über dem Becken. Steiss im Fundus. Rücken rechts, kleine Teile links. Herztöne rechts unterhalb des Nabels, 132 p. Min. Innere Untersuchung: 18. I. 12 Uhr m. Muttermund fünfmarkstückgross, vorliegend Kopf, beweglich, grosse Kopfgeschwulst, kl. Fontanelle rechts, Pfeilnaht quer, Diagnose: II. Schädellage. 12,30 Uhr p. m. Krampfartige Wehen, 1 Spritze Morphin. 2,30 Uhr p. m. Wehen alle 2 Minuten, Dauer 1 Minute. Herztöne zeitweise verlangsamt. 3,45 Uhr p. m., Herztöne 120, unregelmässig. Temperatur 38,3. Wehen kräftig in Pausen von 5 Minuten. Innere Untersuchung um 4 Uhr p. m,: Muttermund kleinhandtellergross, Saum dickwulstig, Kopf beweglich über dem Becken, Pfeilnaht quer, näher dem Promontorium. sehr grosse Kopfgeschwulst. Um 4 Uhr p. m. wird Walchersche Hängelage versucht. Herztöne dauernd unregelmässig, 132. Um 5,50 Uhr p. m. wird die Walchersche Hängelage als erfolglos ab-

gebrochen und die Patientin die Zustimmung zur Operation gibt.

Bestimmend waren also für die Operation die unregelmässigen Herztöne und der Kontraktionsring, der allmählich bis zur Nabelhöhle gerückt war. Die Temp. der Mutter betrug 38,3°. Die Harnblase wird in toto durch Auffüllung nach rechts gelagert, so dass sie selbst bei maximaler Auffüllung die Linea alba nach links nicht überschreitet. Der Uterus hingegen liegt in toto nach links. Es wird darum trotz der II. Schädellage etwas links von der Linea alba eingeschnitten. Da eine breite Rectusdiastae besteht, kommt man in der Tiefe an die Linea alba. Es gelingt unverhältnismässig leicht die Plica nach oben und die Blase nach unten abzuschieben und die verdünnte Cervix freizulegen. Beim Einschneiden der verdünnten Cervix fliesst kein Tropfen Blut aus. Bei Eröffnung der Uterushöhle entleert sich im höchsten Grade übelriechendes Secret. Zange (Modell II) gelingt gut und leicht. Nach Elimination des Kindes zeigt sich, dass der Schnitt bis in die vordere Scheidenwand über die äussere Muttermundslippe ging, was bei der folgenden üblichen Zweischichtnaht berücksichtigt wird. Näherung der Plica und Blase durch kurze fortlaufende Naht, Einlegung eines Jodoformgazestreifens in den präperitonealen Raum. Derselbe wird ungefähr durch den unteren Wundwinkel nach aussen geleitet. Schluss in üblicher Weise. Dauer der Operation 35 Minuten. Das Kind, ein Knabe, ist mässig asphyktisch.

21. I, Temperatur 38,4. Bronchitis. Streifen gekürzt. 23. I. Streifen weiter gekürzt, etwas foetide Secretion. 25. I. Temperatur 38,2. Streifen entfernt. Keine Secretion. Lockere Tamponade. 26. I. Temperatur 39,0. Bronchitis im rechten Unterlappen. 27. I. Temperatur 36,4. Bauchdeckenabzess. 27. I. Temperatur 37,4. Bauchnaht in ganzer Ausdehnung vereitert. Reichliche Eitersecretion $H_2 O_2$. Gazestreifen. 31. I. In ganzer Ausdehnung granulierende Wunde ohne Belag. Temperatur 36,4. Die Wunde granuliert nun bei entsprechender Therapie gut zu. Die Temperatur bleibt dauernd normal. Am 12. II. ist die Epidermisierung schon weit fortgeschritten. 16. II. Caro luxurians. Aetzung mit Lapis. Ebenso am 20. II. 22. II. Epidermisierung hat weitere gute Fortschritte gemacht. 17. III. Caro luxurians abgetragen. Aetzung mit Lapis. Perubalsamverband. Temperatnr ist andauernd normal geblieben. Entlassungsbefund vnm 22. III.: Strahlig eingezogene, unschöne Narbe, untere Teil breit. Fest vernarbt und überhäutet. Uterus gut involviert, retrovertiert — flektiert, mobil. Adnexe o. B. Mammae o. B.

Fall 19.

J. N., 47 J., Jahrgang 1910/11, Geburtsjourn.-Nr. 912.

Familienanamnese o. B. Als Kind Masern, sonst angeblich nie krank gewesen. Erste Periode mit 12 Jahren. III. para. L. R. Mitte Mai. Frühere Geburten verliefen spontan, es entstanden beide Male Dammrisse, die genäht wurden. Seit 3 Wochen hat Patientin viel Herzklopfen und Atemnot, die anfallsweise einen bedrohlichen Charakter annahmen. Seit dieser Zeit geschwollene Beine, kein Gelenkrheumatismus. Gesicht gedunsen. Lungen o. B. Herz: Nach rechts und links etwas verbreiterte Dämpfung, hebenden Spitzenstoss. Über der Spitze lautes praesystolisches Geräusch, II. Pulmonalton ist klappend. Im Urin viel Albumen, keine Cylinder. Temperatur 37,0; Puls 108, sehr gespannt. Aeußere Untersuchung: Fundus 2 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf beweglich über den Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne links unterhalb des Nabels. 124. Innerer Befund: Muttermund geschlossen, Cervix 3 cm. lang, Promontorium nicht erreicht.

10. I. 11 Uhr p. m. Plötzlicher Anfall von Atemnot. Die Frau ist cyanotisch, hat kleinen unregelmäßigen Puls, beginnt bald zu delirieren, ist kaum im Bett zu halten. Sie erhält eine Spritze Digalen und 0,01 Morphium. Der Puls wird noch schlechter, der Zustand erscheint agonal. Die Frau wird auf den Kreissal gebracht. Bald hört jedoch die Atmung ganz auf, die Herzschläge werden immer seltener und werden schließlich gar nicht mehr wahrgenommen. Am Abdomen sieht man jetzt mehrere ruckartige Kindsbewegungen (Atmung?). Die kindlichen Herztöne sind verlangsamt.

Es wird sofort der Kaiserschnitt an der Toten vorgenommen. Medianschnitt in der Linea alba vom Nabel bis fast zur Symphyse. Inzision des Uterus durch einen sagittalen Corpusschnitt, der dicht am Placentarrande vorbeigeht. Ergreifen eines Fusses und Extraction des Kindes. Das Kind, ein nicht ganz ausgetragener Knabe, ist blau — asphyktisch, wird durch Hautreize und Aspiration von Schleim aus dem Pharynx zum Schreien gebracht. Naht des Uterus und der Bauchdecken. Placenta im Uterus gelassen.

11. I. 11. Obduktion: Starke Oedeme der Beine, hochgradiges Lungenödem, Herz etwas vergrößert, Muskulatur bedeutend verdickt, etwas fettig degeneriert. R. cor o. B. Mitralis für 1 Finger durchgängig, kalkige Auflagerungen auf den Klappen. Aortenklappen: 2 von ihnen sind mehrfach durchlöchert. Nieren: klein, schlaff, Rinde verbreitert, Zeichnung verwaschen. Uterus reicht bis zum Nabel, Placenta bedeckt die linke Tubenecke, keine circumvallata oder marginata. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Muttermund

Cervix 4—5 cm lang. Leber grau, blass, Muskatnusszeichnung. Milz gross, weich, deutliche Follikelzeichnung. Andere Organe o. B. **Diagnose:** Mitralstenose, Aortenisuffizienz, Myocarditis cordis, Nephritis parenchymatosa.

Das Kind nahm vom 7. Tage zunächst 20 gr zu, nachdem es 6 mal angelegt wurde. 21. I. Am 12. Tage 39,5 Temp., Gewichtsabnahme, sonst kein objektiver Befund festzustellen. Erhält von heute ab 2 mal Tee statt Milch. Leichter Husten. 22. I. 37,9. Wird wieder 5 mal angelegt. 23. I. Normale Temp., jedoch noch keine Zunahme. 29. I. Seit heute wieder Gewichtszunahme, Eindruck gut. 30. I. Kind wird heute auf Wunsch der Angehörigen gesund entlassen. Gewicht 2230 gr.

Fall 20.

M. L., 29 J., Jahrgang 1910/11, Journ.-Nr. 912.

Vater an Pneumonie, Mutter bei der zweiten Entbindung gestorben. Als Kind Masern, keine Rhachitis. Erste Regel mit 19 J., l. R. 31. V. 10. I para. Masse: Sp. i. 26. Cr. i. 28, C. ext. 21, C. diag. 11. Wehenbeginn: 19. II. 11 8 Uhr p. m. Äussere Untersuchung: Fundus 4 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne links unterhalb des Nabels, 122. Innerer Befund (10,45 h. p. m.): Muttermund 2 Markstückgross, Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich. Pfeilnaht quer, rechts eine Fontanelle, wahrscheinlich die grosse Diagnose: I. Schädellage. 21. II. 3,30 h. a. m. Innere Untersuchung: Muttermund 5 Markstückgross, Blase steht, Kopf beweglich, grosse Fontanelle rechts, kleine links, Pfeilnaht quer, nahe der Symphyse (Hinterscheitelbeineinstellung). Wehen kräftig, alle 3—4 Minuten. Am 21. II. früh springt unbeobachtet die Blase. Die kindlichen Herztöne werden hierauf langsamer und leiser, gehen bis auf 84 herunter, werden unregelmässig. Abgang von Mekonium. Um 8 Uhr a. m. wird die Kreissende nach dem Operationssal verlegt zwecks Kaiserschnitt.

Sehr mässig verengtes Becken. Herztöne sehr schlecht, schwankend, zeitweise sehr leise, Mekoniumabgang, Muttermund noch nicht völlig erweitert aber feinwandig. Der Kopf des Kindes steht nur mit einem Segment im Becken. Da das Becken nicht bedeutend verengt ist, könnte eine Tarniersche Zange angelegt werden, jedoch wäre sie schwer und das Kind kaum lebend zu Tage zu befördern. Deshalb subperitonealer Kaiserschnitt. Blase rechts. Bei Beckenhochlagerung. Kopf hoch über dem Becken. Schnitt links, Peritonealfalte lässt sich mit Sicherheit nach oben dislozieren. Die peritonealentblösste Cervixpartie ist nicht allzugross, jedoch lässt sich nach

Inzision der Kopf unschwer entwickeln. Kind bleich — asphyktisch, sehr schwacher Herzschlag, Wiederbelebt. Uterusnaht fortlaufend. nur eine Schicht, ausserdem 4—5 Schutznähte. Gazestreifen. Der Uterusschnitt ging bis 2 cm über den äusseren Muttermund. Placenta vollständig nach etwa 20 Minuten. Chorion zerrissen, aber sicher in der Hauptsache vorhanden. Die Blase war vor über 2 Stunden gesprungen.

22. II. Flatus ab. 27. II. V. W. Streifen gezogen. Mässige Secretion. Leukofermatin. Gazestreifen. 1. III. Reichliche Eitersecretion aus der drainierten Bindegewebehöhle. Grosse Höhle, Glasdrain. Gazestreifen. 3. III. Keine Secretion auf Druck. Leukofermatin, Gazestreifen. 7. III. Stärkere Secretion. 3—4 cm langer Fistelgang unter den Bauchdecken. Glasdrain. 2. III. Fistel verkleinert sich. 21. III. Geringe Secretion. Fistel schliesst sich. 23. III. Heilung. Entlassungsbefund: P. p. geheilte Operationswunde mit vernarbter Fistel am unteren Wundende. Uterus gut involviert und anteflektiert. Keine Beschwerden.

Fall 21.

A. Sch., 39 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 16.

F.-A. o. B. Als Kind Rhachitis, erst mit 5 J. laufen gelernt. E. R. mit 18 J. 11 para.

I. P. (1893) Zange, Kind lebt.
II. P. (1895) Perforation durch die Poliklinik.
III. P. (1896) spontan, kl. Kind lebt.
IV. P. (1897) spontan, kl. Kind lebt.
V. P. (1898) Extraction, kl. Kind mit 2 J. gestorben.
VI. P. (1900) spontan, kl. Kind mit 7 W. gestorben.
VII. P. (1902) künstl. Entbindung der Poliklinik, Kind tot.
VIII. P. (1904) Perforation der Poliklinik.
IX. P. (1906) Wendung, Extr. der Poliklinik, Kind lebt.
X. P. (1908) Wendung, Extr. der Poliklinik, Kind tot.

Extraction war sehr schwer. L. R. 14. Juni 1910. Masse: Sp. i. 25, 75, Cr. i. 27, 5, C. ext. 18, C. diag. 10,5. Wehenbeginn 15. III. 11 3 Uhr a. m. Blasensprung. 15. III. 4 Uhr a. m. Äussere Untersuchung: Fundus 1 Querfinger unter dem proc. ensif, Rücken rechts, kleine Teile links, Herztöne rechts u. d. N., 140, Innere Untersuchung am 15. III. 8,15 Uhr p. m. Blase gesprungen, Muttermund 5 Markstückgross, Cervix wulstig, Kopf beweglich über dem Becken, Pfeilnaht quer, etwas näher der Symphyse. Kleine Fontanelle rechts, Promontorium stark vorspringend. 8,10 Uhr. Frau wird in Hängelage gebracht, Wehen kräftig. 9,30 Uhr. Trotz kräftiger Wehen und Hängelage tritt der Kopf nicht ins Becken.

Die Pfeilnaht zeigt Neigung, während der Wehen sich der Symphyse zu nähern. Herztöne gut. Während der Nacht kräftige Wehen. 16. III. 11 5,35 Uhr a. m. Muttermund fast handtellergross, vordere Muttermundslippe stark geschwollen. Kopf dem Becken aufgepresst, Pfeilnaht der Symphyse nahe. Starke Kopfgeschwulst auf dem rechten Scheitelbeine. 7,30 Uhr a. m. Innere Untersuchung: Status idem. Herztöne 160. Wehen kräftig. Kopf nach links abgewichen, hintere Scheitelbeineinstellung. II. Lage. Uterus ist stark dextrotorquiert, mit dem Fruchtwasser geht Mekonium ab. Das Kind, besonders der Kopf sind nicht klein. Es ist sehr fraglich, ob es nach der Wendung schnell genug extrahiert werden könnte. Daher wird der extraperitoneale Kaiserschnitt beschlossen. Auch die Blase steht ziemlich stark nach rechts. Das Abschieben von Peritoneum gelingt ohne Mühe, wenn auch das Erkennen der recht tief liegenden Falte nicht leicht ist. Das Kind ist leicht asphyktisch. Beim Einschneiden keine bedeutende Blutung. Der untere Rand des Schnittes ist ungefähr 7 cm vom äusseren Muttermund entfernt. Die Muskulatur ist dick, der Uterus leicht zur Kontraction zu bringen, nachdem einige Nähte in die Uterus- und die Bauchwunde gelegt sind, 10 Minuten nach Geburt des Kindes. Eihäute sind zerfetzt, anscheinend vollständig, Placenta vollständig. Das Peritoneum ist völlig intakt.

19. III. Fieberfrei. Stuhl ist erfolgt. 23. III. Streifen gezogen. Wenig Serection aus der Bindegewebswunde. 31. III. Fieberfrei. Die drainierte Bindegewebswunde verkleinert sich sehr langsam. 7. IV. Fieberfrei. Untere Teil der Operationswunde immer noch nicht überhäutet.

Entlassungsbefund: Operationswunde im oberen Teil vernarbt, im unteren (Drainagestelle) noch granulierend. Uterus anteflektiert, anscheinend an der Bauchdeckennarbe adhärent.

Fall 22.

M. K., 24 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 17.

Vater an Lungenleiden gestorben, Mutter lebt, gesund. Als Kind hat die Kreissende Masern und Rhachitis gehabt, lernte erst mit 4 Jahren laufen. Erste Regel mit 15 J., regelmässig. IV. para. 2 normale Geburten, dazwischen ein Abort im 3. Monat. L. R. Anfang Juni vorigen Jahres. Wehenbeging angeblich 9. III. 5 Uhr p. m. Blasensprung 10. III., 10 Uhr a. m. Da die Geburt keine Fortschritte machte, die Herztöne nach Angabe der Hebamme zeitweise schlechter wurden, wird am 10. III. 2 Uhr p. m. die Poliklinik gerufen. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 26, C. ext. 16,5, C. diag. 10,5. Die innere Untersuchung ergab ein enges Becken mit einer c. diag. von knapp 11 cm, Muttermund Fünfmark-

stückgross, von der Cervix stehen noch etwa 2 cm, vorliegend Kopf, beweglich im Beckeneingang mit Tendenz nach links abzuweichen. Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle links. Da die Wehen andauernd schlecht waren, selten auftraten, gelegentlich auch Dauerkontractionen da waren, erhält die Frau im Verlauf mehrerer Stunden 3 Spritzen Morphin. Da die Geburt keine Fortschritte macht, erhält die Frau im Laufe des Nachmittags 0,6 Pituitrin, worauf die Wehen während $1^1/_2$ Stunden sehr kräftig und von schneller Aufeinanderfolge waren. Eine erneute innere Untersuchung ergab, dass der Muttermund nur unbedeutend weiter geworden war. Der Kopf der anscheinend sehr gross ist, war dem Becken aufgepresst mit Tendenz nach links abzuweichen. Grosse Fontanelle steht tiefer als kleine, Pfeilnaht quer, der Symphyse näher, also hintere Scheitelbeineinstelluug. Walchersche Hängelage, ohne Erfolg. Die Pituitrinwirkung war nur vorübergehend, die Wehen werden wieder schlechter und seltener. Kindliche Herztöne wechseln zeitweise in der Frequenz. Um 11 Uhr p. m. wird die Frau in die Klinik gebracht. Temp. 37,6, Puls 96.

Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unter dem proc. ensif., Rücken links, kleine Teile rechts. Herztöne links unterhalb des Nabels, 115. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Doppeltes Promontorium, oberes Mass knapp 11, unteres 10,25. 11,50 nachts innere Untersuchung: Muttermund fünfmarkstückgross, Blase gesprungen, Kopf beweglich, Pfeilnaht quer, der Symphyse genähert. Cervix 2 cm lang. Diagnose: I. Schädellage, enges Becken. Während der Nacht und am Morgen schwache Wehen. 11. III. 7,30 Uhr a. m.: Herztöne gut, Wehen schmerzhaft und unregelmässig, gelegentlich Dauerkontractionen, Kontractionsring handbreit über der Symphyse. Die Frau erhält 1 Spritze Morphin. Innere Untersuchung: Muttermund kleinhandtellergross, Cervix knapp 1 cm., hintere Scheitelbeineinstellung, Kopf, etwas nach links abgewichen, noch nicht eingetreten, gross. Da eine Spontangeburt bei der Grösse des Kopfes und der geringen Intensität und Seltenheit der Wehen in den nächsten Stunden nicht zu erwarten ist, ausserdem auf den Erschöpfungszustand der Frau Rücksicht genommen werden muss, wird beschlossen, die Entbindung mittels Kaiserschnittes herbeizuführen, 31 Stunden nach Wasserabfluss. Keine Temperatur. Bestimmend war also: hintere Scheitelbeineinstellung, grosses Kind, harter Kopf, Tendenz zum Abweichen nach links, gelegentliche Dauerkontraktionen, Kontraktionsring handbreit über der Symphyse.

Blase rechts. Schnitt links von der linea alba. Auffinden der vorderen Douglasfalte ohne Schwierigkeiten. Schieben der Blase nach unten, der Falte nach oben gelingt gut. Als ein ge-

nügendes Stück Cervix freiliegt, Inzision: ziemlich starke Blutung, es entleert sich stinkendes Fruchtwasser. Cervix etwas verdünnt, aber nicht überdehnt. Es zeigt sich, dass vom Cervix nicht genügend freiliegt, weshalb vom unteren Wundwinkel abwärts der Cervix bis zum äusseren Muttermund gespalten wird. Nunmehr Zange. Modell III gleitet ab, mit Modell II gelingt die Extraktion spielend leicht. Peritoneum intakt. Kind asphyktisch, wiederbelebt. Knabe von 3570 gr, 53 cm lang. Naht des Uterus zweischichtig, tiefe Schicht Knopfnähte, obere Schicht fortlaufend. Expression der Placenta, dieselbe rutscht dabei nicht durch die Wunde heraus, sondern gleitet durch das Scheidenrohr zur Vulva heraus. 3 Spritzen Secacornin. Wundversorgung wie üblich mit Vioformgazedrainage am unteren Wundwinkel. Schluss der Bauchwunde wie gewöhnlich. Dauer der Operation 40 Minuten.

15. III. Streifen gekürzt, keine Reaktion. Flatus ab. Abendtemperatur 38,5. Secacornin 3 mal täglich 15 Tropfen. 17. III. Streifen gezogen, geringe Secretion auf Druck. Tamponade mit Jodoformgaze. Keine abendlichen Temperatursteigerungen mehr. 19. III. Wundränder auseinandergewichen. Stärkere Secretion. Nekrose des Unterhautzellgewebes. 21. III. Nekrotisches Unterhautzellgewebe stösst sich ab. 23. III. Fast die ganze Operationswunde ist offen. Frische Granulationen, noch immer reichliche Secretion. 27. III. Gut aussehende Granulationen bedecken die ganze Wunde. 31. III. Wundfläche epidermisiert vom Rande her und verkleinert sich. Ätzen mit Lapis. Schwarzsalbenverband. 4. IV. Wundränder nähern sich und werden beim Verband durch Heftpflasterzug an einander gezogen. 6. IV. Pat. steht auf mit Leibbinde.

Entlassungsbefund; In der linken Unterleibsgegend 5 cm lange, 0,5 cm breite granulierende Wunde. Uterus anteflektiert, gut involviert, Lochien serös. Zur ambulatorischen Weiterbehandlung entlassen.

Fall 23.

E. Sch., 32 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 18.

Vater an Lungen- und Kehlkopftuberkulose gestorben, Mutter lebt, kränklich Als Kind hat die Kreissende Masern, Typhus, Chorea, Rhachitis gehabt. Mit 20 Jahren Gelenkrheumatismus und Endocarditis. II. para. Vor 2 Jahren cervicaler Kaiserschnitt wegen engen Beckens, Kind lebt. Erste Periode mit 16 J., unregelmässig. L. R. Mitte Juni 1910. Wehenbeginn 19. III. 3 Uhr a. m. Blase angeblich noch nicht gesprungen. Wehen stark und regelmässig. Äussere Untersuchung: Fundus 2 Querfinger unterhalb des proc. ensif, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken links,

kleine Teile rechts, Herztöne links unterhalb des Nabels, 140. Masse: Sp. i. 26, Cr. il. 28, C. ext. 18, C. diag. 10,75. Unterhalb des Nabels bis zur Symphyse eine ziemlich breite, pigmentierte Narbe. Bauchdecken in ihrem Bereiche fest. Innere Untersuchung: 10,15 Uhr a. m. Muttermund knapp fünfmarkstückgross, Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich, Pfeilnaht quer, Promontorium erreicht.

Da es sich anscheinend um einen recht grossen Kopf handelt bei mittel verengtem Becken, ausserdem bereits einmal fast aus der gleichen Indikation heraus ein cervicaler Kaiserschnitt gemacht wurde, wird beschlossen, nicht abzuwarten, sondern die Entbindung alsbald auf operativem Wege mittels Kaiserschnittes zu beenden. I. Lage. Links liegt die Narbe. Ein extraperitonealer Schnitt rechts müsste gelingen. Andererseits gewinnt man beim Anblick der Narbe, die Überzeugung, dass man im Bereiche der unteren Partie in extraperitoneale Partien kommen müsste. Daher wird links eingeschnitten, und man gelangt unter sorgfältigem Praeparieren im Bereiche des unteren Wundwinkels zum Peritoneum. Doch die Verhältnisse liegen anders. Dem unteren Drittel entsprach keine subperitoneale Partie, sondern die plica vesicoparietalis wies normale Verhältnisse auf, nur dass die plica paravesicalis nicht so weit herunterreichte wie bei der völlig normalen. Auch jetzt würde das Abtrennen des Peritoneums im Bereich des Uterus gut gelingen, was auch bereits im grossen Umfang geschah, doch mit den Bauchdecken war es im Bereich der Narbe fest fixiert. Es riss ein, und auch weitere Versuche, es mit Hilfe des orientierenden Risses halbscharf abzutrennen, mißlangen immer wieder wegen der Festigkeit an der Bauchwand. Deswegen wird im Bereich des alten Schnittes das Abdomen eröffnet, transperitoneal zum Uterus vorgedrungen, derselbe eröffnet, die Eihäute gesprengt und das bleich asphyktische Kind extrahiert. Durch eingelegte Tücher wird die Bauchhöhle vor dem grünlich verfärbten Fruchtwasser geschützt. Einschichtige Catgutnaht gestützt durch Knopfnähte, das Peritoneum wird fortlaufend genäht — auch der unabsichtlich entstandene Peritonealriss und der retroperitoneale Raum, soweit er eröffnet war, drainiert. Besonders auffällig war es, dass im Bauchraum keinerlei Adhäsionen oder Residuen entzündlicher Vorgänge bestanden und besonders, dass die Paravesicaltasche sich so zur Norm zurückgebildet hatte, dass ein Unterschied kaum möglich war.

21. III. Temperatur 38—38,8, Puls 100—132. Abdomen einwandsfrei, Husten und Auswurf. 23. III. Temperatur gefallen. Verdichtung über dem rechten Lungenunterlappen, Husten und Auswurf. Patientin ist unruhig, deliriert nachts, zuweilen kaum im Bett zu halten. Puls mittelmässig. Allgemeinzustand nicht sehr befriedigend. Abdomen o. B. Stuhl ist gestern erfolgt. 26. III. Temperatur

unter 38,0°. Lungenerscheinungen zurückgegangen, aber noch Husten und Auswurf. Sensorium frei. Allgemeinbefinden wesentlich besser. Streifen gezogen, geringe Secretion aus dem Drainagekanal. 30. III. Fieberfrei. Gutes Allgemeinbefinden. Nur noch wenig Auswurf. Drainageöffnung secerniert kaum, aber schliesst sich nur sehr langsam. 1. IV. Fäden gezogen. 5. IV. Granulationsgewebe, das den Drainagekanal ausfüllt, grösstenteils epidermisiert. Aufstehen. Lungenerscheinungen ganz zurückgegangen.

Entlassungsbefund: Gut vernarbte Operationswunde. Narbe überhäutet. Vagina sehr eng (für 1 Finger eben durchgängig). Uterus anscheinend anteflektiert, mit der Bauchnarbe verwachsen. Einzelheiten wegen Bauchdeckenspannung nicht zu fühlen.

Fall 24.

Ph. G., 29 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 26.

Familienanamnese o. B. Als Kind Masern, später öfters Influenza. E. R. mit 17 J. III. para. 1. P. 1904 durch spontane Frühgeburt im 9. Monat beendet, Kind lebt. 2. P. 1906 am normalen Termine spontane Totgeburt bei Nabelschnurvorfall. L. R. 8. V. 10. Wehenbeginn am 26. II. 11 12 Uhr m. Blasensprung 27. II. 1 Uhr a. m. Masse: Sp. i. 23, Cr. e. 26,. C. ext. 19, C. diag. 10,25. Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unterhalb des proc. ensif. Rücken rechts, kleine Teile links, Herztöne 140—150 in Nabelhöhe. Innere Untersuchung: 3,30 Uhr a. m. Muttermund kleinhandtellergross. Blase gesprungen. Vorliegend der Kopf, der noch nicht mit seiner grössten Circumferenz ins Becken eingetreten ist. Promontorium bequem zu erreichen. Pfeilnaht quer, dem Promontorium genähert. Kleine Fontanelle anscheinend links. Diagnose: II. Sch.-L. Innere Untersuchung um 8 Uhr früh ergibt denselben Befund. Herztöne gut. Kopf mit der grössten Circumferenz über dem Beckeneingang beweglich. Die Untersuchung in Narkose ergibt, dass der Muttermund nur fünfmarkstückgross und so zusammengefallen ist, dass noch ein ganzes Stück Cervix steht.

Es wird nun zum Kaiserschnitt geschritten, weil jede andere geburtshilfliche Operation erst eine Erweiterung des Muttermundes zur Voraussetzung haben müsste, dieser Zwecks höchstens durch eine Art von vaginalen Kaiserschnitt erzwungen werden könnte. Eine spontane Erweiterung würde erst nach langer Zeit beendet sein (nochmals 12 Stunden), weil der Kopf und nicht die Fruchtblase die Erweiterung besorgen müsste. Blase links. Schnitt rechts. Plica bald sichtbar, wird nach oben gedrängt, was sehr leicht und sicher gelingt. Blosslegung eines grossen Stückes Cervix. Sehr dicke Muskelschicht. Ungeheuer starke Blutung aus Arterien

und Venen, sodass im nu etwa 1 Dutzend Klemmen angelegt werden müssen und auch damit die Blutung noch nicht völlig steht. Trotzdem wird in der Uteruswunde weiter geschnitten; völlige Eröffnung des Muttermundes. Elimination des Kindes mit der Zange. Kind blau asphyktisch. Nachher Beginn der Uterusnaht, nach 15 Minuten Uterus gut kontrahiert, Placenta mit Credé herausbefördert. Placenta und Eihäute vollständig. Revision der Wunde ergibt, dass es deshalb so stark geblutet hatte, weil in den Uterus schräg eingeschnitten wurde, derart, dass der Schnitt die Wand nicht auf die kürzeste Distanz durchsetzte, sondern sich nach der Seite bewegte und so in die Verzweigung der grossen Uterusgefässe gelangte. Zahlreiche Unterbindungen auch nachher noch und dann sorgfältige Naht mit Knopfnähten, um den Schrägschnitt in richtiger Weise zu versorgen. Placenta sass an der vorderen Wand, aber nicht so tief, dass ihr Sitz hätte die starke Blutung erklären können. Der Blutverlust während der Operation kann incl. dessen während der Placentalösung $1^1/_2$—2 Liter betragen haben.

2. III. Temperatur zwischen 38 und 38,8, Anaemie. Frequenter, kleiner aber regelmässiger Puls (120—150). Schmerzen im Leibe. Unruhe. Keine peritonitischen Symptome: Flatus am 2. Tage p. o. abgegangen. Reichlich zugeführte Flüssigkeit wird vertragen. Streifen gekürzt. Digalen, Secale, abends Stuhl nach Sennes. 3. III. Temperatur beständig über 38,0, Puls besser, um 100. Beim Verbandwechsel wird sehr reichlich stinkender Eiter mit Gewebsfetzen entleert. Die Höhle geht sehr tief, anscheinend bis in den Uterus hinein, zeigt eine oberflächliche Austaschung über der Fascie nach rechs und eine nach links unter der Fascie. Beiderseits je ein Glasdrain. Tägl. Verbandswechsel, spülen mit arg. nitr. 6. III. Temperatur ist heute zum ersten Male etwas niedriger, Puls 108—112. Allgemeinbefinden besser. Es entleert sich reichlich dünnflüssiger Eiter. Die Umgebung der Wunde ist nicht mehr geschwollen und schmerzhaft. Die Hautnaht ist überall unterminiert, z. T. durchbrochen von der Eiterung. Die rechte Ausbuchtung der Abscesshöhle beginnt sich zu verkleinern. Fundus uteri 2 Querfinger unter dem Nabel. 7. III. Temperatur 36,6. Allgemeinbefinden besser. Beim Verbandwechsel zeigt sich fast die ganze Bauchwunde offen. Reichliche Absonderung von stinkendem, z. T. blaugrünem Eiter. Spülen mit arg. nitr. Verlegung in die Baracke. 9. III. Secretion reichlich, doch schon etwas nachgelassen. Temperatur abends 37,8. Befinden leidlich, doch noch sehr schwach. In die linke Abscesshöhle noch ein Drain. 13. III. Secretion lässt bedeutend nach. 17. III. Wunde geschlossen. Leicht febrile Abendtemperatur. 23. III. Befinden unverändert. 26. III. Temperaturanstieg. Herz und Lunge o. B. Abdomen einwandsfrei. Urin klar. 30. III. Subfebrile Tem-

peratur. Sonst Wohlbefinden. 4. IV. Nachmittags 37,6, kein objektiver Befund. 8. IV. Keine Beschwerden. 15. IV. Narbe fest. Entlassungsbefund: Uterus in Mittelstellung, rechts an der Cervix etwas fixiert, doch noch mobil. Adnexe o. B. Wohlbefinden.

Fall 25.

M. K., 29 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 85.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten. Erste Regel mit 16 J. III. para. 1. P. 08. Embryotomie und Extraction des zerstückelten Kindes. 2. P. 09. — sectiv caes. abdom. inf. Kind mit $7^1/_2$ Wochen gestorben. L. R. 13. IV. 10. Wehenbeginn 20. IV. 1 Uhr a. m. Blasensprung nicht genau bemerkt. (5 Uhr a. m.) Äussere Untersuchung: Fundus am Rippenbogen, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne links unter dem Nabel, 148. Unterhalb des Nabels fast bis zur Symphyse eine Narbe. Innere Untersuchung 20. IV. 9,30 Uhr a. m. Muttermund handtellergross, Blase gesprungen, vorliegend Kopf, beweglich über dem Beckeneingang. Pfeilnaht quer. Diagnose: I. Schädellage. Masse: Sp. i. 25, Cr. i. 26,5, C. ext. 18, C. diag. 8,5, C. vera 7,25. Querdurchmesser des Eingangs 10, der Mitte 9, des Ausgangs 7.

Wegen des engen Beckens wird 10 Stunden nach Wehenbeginn, 5 Stunden nach Blasensprung bei handtellergrossem Muttermund der cervicale Kaiserschnitt vorgenommen. Alte Narbe rechts, Blase fast in toto links, I. Sch.-L. Schnitt links neben der Linea alba durch die äusseren Partien des linken Rectus. Nach Ablassen der Blase gelingt es bequem auf dieser Seite in den praeperitonealen Raum zu kommen, die Blase nach medial und unten abzuschieben, das Peritoneum nach oben zu dislozieren und die Cervix genügend frei zu legen. Darauf Inzision. Zange (Modell III). — Sehr grosser Kopf, 37 cm Umfang. Zange gelingt gut. Nach Entwickelung des Kindes zeigt sich, dass bei der Zange das Peritoneum quer eröffnet ist. Nach Auswischen des Peritonealraumes, in den nichts hineingelaufen ist, Verschluss desselben durch fortlaufende Catgutnaht. Kind 3800 gr, nicht asphyktisch. Unmittelbar vor Inzision des Uterus war subcutan 1 cm Pituitrin (entsprechend 0,1 frischer Drüsensubstanz) verabfolgt worden. Während der nun etwa 2 Minuten dauernden Peritonealverschlussnaht ist die Placenta völlig spontan nach dem Schultzeschen Typus ausgestossen worden. Sie und die Eihäute vollständig. Zweischichtnaht des Uterus, Vioformgaze in den aufgewühlten Raum, im übrigen Schluss in üblicher Weise.

21. IV. Starke Bronchitis, Leib weich, Zunge feucht, Puls voll und regelmässig. 22. IV. Flatus ab. Leib einwandsfrei

Streifen gekürzt. 24. IV. Streifen täglich gekürzt. Puls und Temperatur gut. Bronchitis links noch. 30. IV. Wunde fast völlig geschlossen. Tampon ausgestossen. Schwarzsalbe. 3. V. Fäden gezogen, Wunde z. T. geschlossen. Schwarzsalbe. 5. V. Wunde geschlossen, keine Secretion, Schwarzsalbe. 7. V. Wunde heilt gut. 12. V. Entlassungsbefund: Uterus gut involviert, in Mittelstellung, mobil. Wunde gut geheilt. Narbe fast strichförmig.

Fall 26.

S. Sch., 27 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 88.

Vater gestorben an Leberleiden. Als Kind hat die Kreissende Masern, Scharlach, Rhachitis gehabt. E. R. mit 14 J., regelmässig. I. para. Masse: Sp. i. 28,5, Cr. i. 30,5, C. ext. 19,5, C. diag. 10,5. L. R. Ende Juni. Wehenbeginn 24. IV. 1,30 Uhr a. m. Blasensprung 25. IV. 5,30 Uhr a. m. Äussere Untersuchung: Fundus handbreit unter proc. ensif., Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Rücken links, kleine Teile rechts. Herztöne 1, 150. Innere Untersuchung 25. IV. 3,30 Uhr p. m., Mekoniumabgang reichlich, Muttermund kleinhandtellergross, Blase gesprungen. Vorliegend Kopf, kleine Fontanelle links, Pfeilnaht quer, dicht hinter der Symphyse. Diagnose: I. Schädellage (hintere Scheitelbeineinstellung).

Da die Frau seit 24. IV. abends kreisst und bei der Enge des Beckens und der ungünstigen Einstellung des Kopfes eine Spontangeburt ausgeschlossen erscheint, wird der extraperitoneale Kaiserschnitt vorgenommen.

Schnitt rechts, etwa bis in Nabelhöhe. Ziemlich fette Bauchdecken. Die vollgefüllte Blase liegt unbequem nach rechts. Alsbaldiges Ablassen der Spülflüssigkeit. Man muss wegen der Blase etwas weit in die Seite hineingehen und deshalb kommt man in die Nähe der grossen Gefässe. Abschiebung des Peritoneums nicht schwer und sehr sicher in intendierter Weise. Schnitt in die Cervix mit medianwärts gestellter Messerklinge. Entwickelung des Kopfes mit Modell III, gelingt sehr gut bei sehr tief gesenkten Griffen. Kind bleich — asphyktisch, ganz mit Mekonium besudelt. Pituitrin 2 Spritzen. Placenta an der hinteren Wand, löst sich spontan während der Legung von einigen Muskelnähten und einigen Unterbindungen, ungefähr 10 Minuten nach Elimination des Kindes. Uterus einzeln und fortlaufend genäht. Schutzstreifen. Die Operation gelang völlig im Sinne der Intention, d. h. Peritoneum nicht verletzt. Blutung war durchaus gering.

Das Wochenbett verlief völlig reaktionslos. Entlassungsbefund am 18. Tage p. o. Uterus in Mittelstellung, mässig involviert. Adnexe o. B. Narbe fast strichförmig.

Fall 27.

M. A., 25 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 91.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis, Masern. Mit 22 J. Typhus, Pleuritis. E. M. mit 18 J., unregelmässig. I. para. L. R. Mitte Juli. Wehenbeginn 21. IV. 11 5 Uhr p. m. Blasensprung 11. IV. 7 Uhr p. m. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 28, C. ext. 18, C. diag. 9,5. Äussere Untersuchung: Fundus 2 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf dem Becken aufgepresst, Rücken rechts, kleine Teile links, Herztöne rechts, unterhalb des Nabels, 136. Innere Untersuchung: 7,45 Uhr a. m. Portio vaginalis fast verstrichen, Muttermund 5 Markstückgross. Fruchtblase gesprungen. Vorliegend Kopf, Pfeilnaht quer, starke Kopfgeschwulst.

Es handelt sich um ein enges Becken II. Grades. Kindlicher Kopf ziemlich gross, spontane Geburtsmöglichkeit unwahrscheinlich, daher extraperitonealer Kaiserschnitt ca. 15 Stunden nach Blasensprung. II. Lage. Blase rechts, Schnitt links. Obwohl sehr seitlich eingegangen wird, gelingt es doch nicht, gut in den praecervicalen Raum zu gelangen, da die vordere Douglasfalte sehr weit nach unten reicht. Dieselbe wird an einer kleinen Stelle eröffnet bei dem Versuche und nunmehr von diesem „Guckloch" mit Schere und stumpf die Blase abpraepariert, was recht mühevoll ist. Hierbei wird die Blase sicher nicht verletzt. Nachdem es gelungen ist, die Douglasfalte von oben zu dislozieren, wird das peritoneale Loch durch fortlaufende Catgutnaht versorgt. Die Naht hält gut. Es gelingt auch jetzt nur mühsam einen annähernd grossen Bezirk Cervix freizulegen. Einschneiden. Zange (Modell III, dann II). Extraktion gelingt nicht, der Kopf hat sich in Vorderhauptslage gedreht, die Zange rutscht ab. Die Entwickelung des Hinterhauptes über die Symphyse gelingt erst mit einem schuhanzieherartigen Instrument. Die Cervixwunde ist nicht weiter gerissen, jedenfalls nicht ins Peritoneum hinein. Dagegen ist bei den Extraxtionsversuchen die abgelöste Blase, die sich während der Extraction immer vorgewölbt hat und reponiert werden musste, an 3 stecknadelkopf — linsengrossen Stellen durchgerieben. Dort wird nach üblicher Weise, nach Versorgung der Cervixwunde mit fortlaufender Catgutnaht, die Blasenwand ausgestülpt und subperitoneal fixiert. Schutzstreifen in üblicher Weise. Vor Inzision in die Cervix wird 1 cm Pituitrin subcutan gegeben. Nach Extraction des mässig asphyktischen Kindes ist die Placenta gelöst, d. h. 12 Min. nach der Injektion. Während der Operation fast keine Blutung aus dem Uterus, nach Ausstossung der Placenta dagegen ziemlich erheblich. 3 Spr. Secacornin.

13. IV. Sehr starke Bronchitis, Urin noch etwas blutig. 24. IV. Urin wird klarer, Patientin hustet viel aus. Der weitere

Verlauf des Wochenbettes ganz normal. Entlassungsbefund am 21. Tage p. o.: Uterus anteflektiert, gut involviert, beweglich. Adnexe o. B. Narbe fast strichförmig.

Fall 28.

A. R., 27 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 137.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis. E. M. mit 21 Jahren, regelmässig. III para. 1. P. 06, Zange, Kind nach 26 Stunden tot. 2. P. 09, Wendung, Extraction. Perforation des nachfolgenden Kopfes. L. R. 13. VII, 10. Wehenbeginn 4. V. 11, 10,45 Uhr a. m. Masse: Sp. i. 27, Cr. i. 29,5, C. ext. 17,5, C. diag. 10, C. vera 7,5. Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf über dem Beckeneingang, Rücken rechts, kleine Teile links, Herztöne rechts unter dem Nabel. Innere Untersuchung: Portio vaginalis verstrichen, Muttermund völlig eröffnet, Blase steht, Kopf vorliegend. Diagnose: II. Schädellage. Um 1,30 Uhr p. m. zum Kaiserschnitt nach dem Operationssaal gebracht. In Narkose genaue, äussere Untersuchung, lässt die Lage des Kindes sehr schwer erkennen: schliesslich werden kleine Teile rechts deutlich. Auch die Herztöne lassen sich nicht mit Deutlichkeit finden. Es scheint, als ob es sich um eine I. Lage handelte. Aufgefüllte Blase ganz extramedian rechts. Schnitt 1 cm links neben der Lin. alb. Die Ablösung des Peritoneums gelingt sicher und leicht, Blutung nicht ganz unbeträchtlich, 2 Arterien am unteren Wundwinkel. Cervix noch ziemlich dick. Es erscheint die Blase, sie wird gesprengt, ganz grünes Fruchtwasser von Mekonium saturiert. Entwickelung des Kindes schnell, Zange (Modelll III) gelingt sehr gut. Nabelschnur pulsiert nicht mehr, Puls nicht mehr fühlbar, Wiederbelebung des Kindes erfolglos. Die Placenta folgt träge nach 20 Minuten. Trotz Pituitrin und Secacornin noch keine ordentliche Kontraktion, schliesslich Credé erfolgreich. Cervix ziemlich dick, fortlaufend und einzeln genäht.

Das Wochenbett verlief in den ersten 6 Tagen mit Temperaturen um 38,0. Vom 10. Tage p. op. überschritt die Temperatur nicht mehr 37,0. Am 27. V. Entlassung: Zwischen Nabel und Symphyse eine $8^1/_2$ cm lange Narbe, an der noch eine 2 cm lange gut granulierende Wunde besteht. Uterus noch etwas vergrössert, anteflektiert, sehr mobil, Adnexe anscheinend o. B. Sonst keine Beschwerden.

Fall 29.

M. K., 25 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 145.

Vater an tbc. pulm. gestorben, Mutter gesund. Soll selbst nie krank gewesen sein, auch keine Rhachitis. E. M. mit 17 J., regel-

regelmässig. III para. 1. P. 09, Wendung, Extraction, Perforation des nachfolgenden Kopfes. 2. P. 10. Dasselbe. L. R. 16. Juni. Wehenbeginn 5. V. 10 Uhr p. m. Masse: Sp. i. 20, Cr. i. 28, C. ext. 18, C. diag. 9, C. vera 8. Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf rechts, Steiss links, Rücken vorn unterhalb des Nabels, kleine Teile links und rechts seitlich fühlbar. Herztöne 2 Finger oberhalb des Nabels, 130—140. Innere Untersuchung: $11^3/_4$ Uhr a. m. Muttermund für 2 Finger durchgängig, Blase steht, vorliegender Teil nicht mit Sicherheit fühlbar.

Es wird 2—3 Stunden nach Wehenbeginn zum extraperitonealen Kaiserschnitt geschritten. I. Steisslage. Blase absolut links, überschreitet die Mittellinie nach rechts kaum. Schnitt $1^1/_2$ Querfinger rechts von der Lin. alb., symphysenwärts sich derselben nähernd. Ziemlich dicke Bauchdecken. Schnitt mitten durch den Rectus. Es gelingt nur schwer, das Blasenperitoneum von der Blase abzutrennen und die Peritonealfalte zu mobilisieren, man muss dabei recht tief, fast bis unter den Schambogen präparatorisch eindringen. Schliesslich gelingt es in befriedigender Weise und ohne Verdünnung der Harnblase. Da noch keine Dehnung, auch noch keine physiologische Dehnung der vorliegenden Cervix vorhanden ist, gelangt man beim Nachobenschieben der Peritonealfalte früher in Bezirke, wo dieselbe gegen die Uterussubstanz schlechter verschieblich wird. Es reisst schliesslich das Peritoneum an einer kleinen Stelle, die sofort mit wenigen dichten Catgutnähten geschlossen wird. Es beweisst sich später, dass die Naht absolut dicht gehalten hat. Da die freigelegte Partie der Uterussubstanz in der Breitenausdehnung nicht unbeträchtlich grösser ist als in der Längsausdehnung, so wird nicht ganz sagittal, sondern etwas schräg inzidiert, von rechts oben nach links unten. Lebhafte Blutung bei der Inzision. Beim Blasensprung fliesst mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab. Extraction des Kindes nach Herabschlagen des vorderen Fusses in typischer Weise. Das Kind, ein Knabe von 3630 gr, mässig asphyktisch, wird wieder belebt. Zweischichtnaht des Uterus, Bei Inzision des Uterus waren 2 Spritzen Pituitrin gegeben worden. Nach 10 Minuten ist die Placenta gelösst, ihre Expression gelingt nicht, weil dabei dauernd symphysenwärts gepresst wird. Sie lässt sich bequem mit der Hand, da sie völlig gelöst ist, aus der Wunde herausholen; sie und die Eihäute vollständig Wundversorgung mit Schutzstreifen in üblicher Weise. Uterus nach Entfernung der Placenta sehr gut kontrahiert, 1 Spritze Secacornin. Dauer 50 Minuten.

Das Wochenbett verlief während der ersten sechs Tagen p. o. mit Temperaturen von 37,4—38,0. Von da ab während der Abende Höchsttemperatur von 37,6. Vom 12. Tage p o. bis zum Ende afebril. Entlassung am 24. Tage p. o., aufgestanden am

18. Tage. Entlassungsbefund: Narbe fast strichförmig. Uterus in Mittelstellung, sehr mobil, gut involviert. Adnexe o. B. Befinden gut.

Fall 30.

P. R., 24 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 181.

F. A. o. B. Als Kind Rhachitis. E. M. mit 16 J., II para, 1 P. spontan totes Kind. L. M. 2. VIII. 10. Wehenbeginn 20. V. 11 2—3 Uhr a. m. Blasensprung 26. V. 5,15 Uhr p. m. Masse: Sp. i. 29, Cr. 31, C. ext. 19, C. diag. 11. Äussere Untersuchung: 26. V. Fundus 2 Querfinger unter proc. ensif., Kopf beweglich über dem Becken, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne 164. Innere Untersuchung: 9,25 Uhr. Muttermund kleinhandtellergross, Blase gesprungen, vorliegend Kopf, Pfeilnaht quer, der Symphyse genähert. Diagnose: I. Schädellage, hintere Scheitelbeineinstellung. Kind geschädigt, jedoch nicht sehr, Herztöne regelmässig, wenn auch nicht lange, bis 160, schwankend. Etwas Mekoniumabgang; das Becken ist entschieden verengt, wenn auch nicht sehr. C. diag. 10—11 gemessen, Promontorium ziemlich stark, vorspringend. Kind entschieden nicht klein (3800). Cervixdehnung nicht vorhanden. Bei einer Wendung und Extraction würde das Kind viel riskieren, wegen Beckenverengung und dann auch, weil die uterinen Weichteile noch nicht vollständig erweitert sind und wenn man will, noch etwas Cervixkanal besteht. Deswegen im Interesse des Kindes extraperit. Kaiserschnitt. I. Lage, Blase rechts, Schnitt links. Auffinden und Zurückschieben der Falte gelingt leicht, auch der fast leeren Blase, weil der meiste Urin herausgelaufen war. Dennoch lässt sich die Falte nicht sehr bequem nach oben drängen und obschon der Uterusschnitt recht ausreichend ist — beiläufig lebhafte Blutung aus noch dicker Cervixmuskulatur — so ist die Entwickelung des Kindskopfes recht schwer, gelingt aber schliesslich gut mit der Zange. Kind schwer asphyktisch ohne Respiration, verlangsamter Nabelschnurpuls, wird jedoch leicht wiederbelebt. Mit der Eliminierung des Kindes steht die Blutung sofort fast total. Placenta auf Credé. Uterus kontrahiert sich schlecht. Cervixnaht — Schutztreifen. Schluss. Operation völlig extraperitoneal gelungen.

Das Wochenbett verlief völlig reaktionslos, nur am 1. Tage p. op. war die Temperatur 37,8 sonst stets normal. Entlassungsbefund am 19. Tage p. op.: Linear geheilte Narbe. Am unteren Ende desselben noch ein 10 Pfennigstückgrosses Stück gut granulierender Wunde. Uterus gut involviert, etwas nach links verlagert, anteflektiert.

Fall 31.

H. A., 38 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 197.

Mutter an Schwindsucht gestorben. Kreissende selbst will immer gesund gewesen sein, bis auf Krämpfe, die sie öfters gehabt hat. E. M. mit 14 J., regelmässig. III para. 1. P. 08. Kaiserschnitt, Kind nach 10 Wochen gestorben. 2. P. 09. Kaiserschnitt, Kind lebt. L. M. 17. VIII. 10. Während der Schwangerschaft Erbrechen und Krämpfe. Wehenbeginn: 18. V. 11 12 Uhr mittags. Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf über dem Becken beweglich, Rücken rechts, kleine Teile links, Herztöne rechts unterhalb des Nabels, 130—140. Rechts an der lin. alb. eine 13 cm, über der Symphyse eine querverlaufende 19 cm lange Narbe. Innere Untersuchung: 18. V. 11 5,50 Uhr p. m. Muttermund für 1 Finger durchgängig. Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich über dem Beckeneingang. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 26,5, C. ext. 16,5, C. diag. 10,5, C. vera 9. Diagnose: II. Schädellage.

Es wird einige Stunden nach Wehenbeginn bei für den Finger durchgängigem Muttermund und stehender Blase der Kaiserschnitt gemacht. Da sterilisiert werden soll, tiefer, transperitonealer Schnitt in der lin. alb. Anmachen des Peritoneum parietale an das Uterusperitoneum. Inzision, Blasensprengung, reichlich klares Fruchtwasser. Zange an den Kopf, nachdem mittels Klemme die kleine Fontanelle in den Schnitt eingestellt ist, Modell III, gelingt leicht. Dreischichtnaht des Uterus. Bei der Inzision 2 cm Pituitrin Placenta wenige Minuten nach der Elimination des völlig apnoischen, lebensfrischen Kindes (männlich, 3600 gr) gelöst, leicht exprimiert. Es ist nichts ins Abdomen gelaufen wie die Revision ergibt. Auch das vor der Inzision hineingestopfte Tuch ist völlig sauber. Sterilisation durch Tubenexcision beiderseits. Links typisch mit Eintaschung des kurzen uterinen Tubenendes in die Blätter des lig. lat. Die Excision rechts gestaltet sich viel komplizierter, da unmittelbar rechts von der lin. alb. in der Gegend der letzten Kaiserschnittsnarbe der Uterus eine Handbreite längs mit der vorderen Bauchwand adhärent ist. Während bisher die Adhäsion umgangen war, kann man jetzt erst nach Lösung derselben durch Unterbindung und Paquelin an die ganz nach hinten und rechts gelegenen Adnexe kommen. Verfahren rechts schwieriger, als bei der Eintaschung, da die Operation in unbequemer Tiefe vorgenommen werden muss, ein grosses Gefäss an der rechten Uteruskante angestochen wird, dessen Versorgung eine Anzahl Umstechungen erfordert, was schliesslich erst mit absoluter Sicherheit mittels Hanf geschieht. Im übrigen wird auch das uterine Tubenende eingetascht. Absolute Blutsicherheit, Schluss des Abdomens in üblicher Weise. P. S. Bei der Inzision in den Uterus wird allenthalben dicke Muskulatur resp. feste Narbe getroffen.

Das Wochenbett verlief während der ersten Woche afebril. Dann traten einige Mal Temperatursteigerung bis 38,0 auf. Sie gingen bald zurück, wobei dann der weitere Verlauf bis zum Ende wiederum afebril war. Am 34. Tage p. op. wurde die Patientin beschwerdefrei entlassen.

Fall 32.

Sch. L., 31 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 203.

Familien- und Eigenanamnese o. B. Menses immer regelmässig. VI para. 1. P. 04. Spontan, Kind lebt. 2. P. 07. Querlage, Armvorfall, Wendung, totes Kind. 3. P. 08. Steisslage, totes Kind. 4. P. 09. Steisslage, Perforation. 5. Abort im IV. Monat, 03. L. R. angeblich im September. Wehenbeginn 30. V. Masse: Sp. i. 24, Cr. i. 28,5, C. ext. 20, C. diag. 10,5, C. vera 8,5. Äussere Untersuchung: Fundus 2 Querfinger unter dem proc. ensif., Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne l. unterhalb des Nabels, 140. Innere Untersuchung: 31. V. 11 11,30 Uhr a. m. Muttermund 3 Markstückgross, Blase gesprungen, vorliegend Kopf, beweglich über dem Becken, ziemlich gross, Pfeilnaht quer, etwas der Symphyse genähert. Diagnose: I. Schädellage. Die Frau kreisst seit 10 Uhr vormittags. Um $11^1/_4$ Uhr Blasensprung. Um 12 Uhr Revision: Uterus sehr beweglich, Kind in I. Lage. Hängebauch, schlaffe Bauchdecken, Kopf ganz hoch über dem Becken, Kind sicher gross, Herztöne gut, Blase etwas mehr rechts nach Auffüllung.

Extraperitonealer Kaiserschnitt. Man kommt zwischen Rectus und Obliquus und ritzt unversehens im Bereich der oberen Wundhälfte ein kleines Stück des Peritoneums, dasselbe wird zugebunden. Beim weiteren Abtrennen passiert noch einmal eine Peritonealverletzung, diese ist etwas grösser, wird fortlaufend genäht, beides ehe Cervix angeschnitten wurde. Uterus in grosser Ausdehnung freigelegt, Inzision links, sehr dicke Muskulatur, lebhafte Blutung. Muskulatur etwa 1,5 cm dick, im Bereiche der oberen Hälfte des Schnittes dünner. Entwickelung mit der Zange elegant. Pituitrin. Uterus konthrahiert sich gut. Placenta und Eihäute vollständig. Sehr exakte Naht des Uterus fortlaufend mit Knopfnähten. Revision auf Blutung. Trotz der lebhaften Blutung brauchte nach der Entwickelung des Kindes nicht ein einziges uterines Gefäss unterbunden werden. Die grossen Gefässe sichtbar. Nach der Uterusnaht und vollständiger Blutstillung wird das Peritoneum noch einmal revidiert und zwar ein kleines Loch hineingeschnitten, um die alte Sutur nicht zu insultieren und konstatiert, dass nichts hineingelaufen ist. Weiterer Gang der Operation wie immer. Kind mässig asphyktisch, leicht wiederbelebt. Es wird evident bei der

Operation, dass eine Durchtrennung des Lig. rot ungeheuer viel Platz schaffen würde, aber nach der Seite hin, wo es garnicht erwünscht wäre. Das Lig. rot. ist eine Stelle, an der das Peritoneum leicht verletzt wird, wie auch in diesem Falle.

In den beiden ersten Tagen p. op. Temperatur 37,6, von da ab verlief das Wochenbett absolut fieberfrei. Es traten Temperaturen über 37,0 nicht mehr auf. Entlassung am 22. Tage p. op. Patientin völlig beschwerdefrei. Uterus anteflektiert, beweglich.

Fall 33.

A. H., 36 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 277.

Familienanamnese o. B. Kreissende will stets gesund gewesen sein. E. R. mit 14 J., regelmässig. III para. 08. Abort im im III. Monat. 09. extraperitonealer Kaiserschnitt. L. R. 30. 12. 10. Wehenbeginn unbekannt. C. diag. 10,0. Äussere Untersuchung: Fundus 2 Querfinger unter dem proc. ensif., Kopf über dem Becken, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne links. Innere Untersuchung: Portio vag. 1 cm lang, Muttermund für 1 Finger kaum durchgängig, Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich über dem Becken. Diagnose: I. Schädellage.

Am 24. VI. 10 Uhr a. m.: Blase steht, Muttermund 2 Markstückgross, Kopf über dem Becken, der Konfiguration des Uterus nach Gradlage des Kindes. Jedoch bestehen dauernde Kontraktionen von ungewöhnlicher Stärke, welche jedenfalls eine Tastdiagnose der Kindslage absolut nicht ermöglichen. Bei sehr sorgfältigem Auskultieren hört man links hinten normal frequente aber sehr leise Herztöne. Dieser Befund wird immer wieder erhoben, so dass man doch zu der Ueberzeugung kommt, dass das Kind immer noch zu retten ist, wenn es auch schwer geschädigt ist. Blase steht. I. Lage, Harnblase mehr rechts. Trotzdem, weil die alte Narbe links liegt, Einschnitt rechts. Es gelingt vollständig die Plica paracervicalis herauszuheben und rechts von der Blase abzutrennen. Schliesslich erscheint die peritoneumbefreite Cervixstelle gross genug. Einschnitt, sehr starke Blutung wie immer, wenn keine Dehnung vorhanden ist, welche aber nach dem Hineinziehen des Kindskopfes in die Wunde provisorisch und nach der Eliminierung des Kindes fast völlig stand. Kind in I. Schädellage, Anfassen mit der Hackenklemme über der grossen Fontanelle. Die Entwickelung gelingt nicht wegen bekannter Verhältnisse, dagegen lässt sich das Gesicht in die Wunde bringen, dann sehr gut die grade Zange anlegen und entwickeln. Kind rosa, verlangsamter, schwacher Nabelschnurpuls, wird erst nach vieler Bemühung wiederbelebt, wobei jedoch der Eindruk gewonnen wird, dass das Kind nicht asphyktisch

sondern narkotisiert (Morphium) war. Das Fruchtwasser war völlig klar. Placenta lösst sich ziemlich bald, macht jedoch wie häufig ein bischen Mühe, obschon die Uteruskontraktion gut wird. Naht der Cervixwunde, unterer Wundwinkel etwa $1^1/_2$ Fingerglieder über dem äusseren Muttermund. Im Bereiche der Uteruswunde ist keine Arterie zu unterbinden, dagegen besteht nach Anlegung der Naht in der Nähe des unteren Wundwinkels eine kleine Blutung, welche schlecht zu unterbinden ist, weswegen an dieser Stelle 2 Klemmen für 2×24 Stunden angelegt werden. Der Kaiserschnitt war völlig extraperitoneal gelungen. Blasenauffüllung half viel, Kind schliesslich gesund und lebensfrisch.

Temperatur um 38,0 während den 5 ersten Tagen p. op., dann fiel sie allmählich ab, um vom 8. Tage an nicht mehr die Norm zu überschreiten. Am 18. Tage p. op. entlassen. Befund: Uterus anteflektiert, beweglich, Adnexe o. B.

Fall 34.

A. Sch., 36 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 313.

In der Familie tbc. pulm. Als Kind hat die Kreissende Rhachitis gehabt und erst mit 7 Jahren laufen gelernt. Seit dem 10. Jahre hat sie eine Skoliose, angeblich nach Trauma. Erste Regel mit 14 J., regelmässig. I. para. L. R. 8. IX. 10. Wehenbeginn am 16. VI., jedoch nur ganz schwach. Hierauf Pause bis 25. VI, 11. Masse: Sp. i. 21, Cr. i. 22,5, C. diag. 10,25, C. ex. 15,5. Äussere Untersuchung: Fundus 3 Querfinger unter proc. xiph., Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts. Herztöne links, 150, Innere Untersuchung: Port vag. erhalten, Muttermund geschlossen, Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich über dem Beckeneingang. (12,40 Uhr p. m. 26. VI.) 27. VI. 11: Muttermund für 1 Finger durchgängig, Blase steht, 28. VI. 9,30 Uhr a. m. Status idem. Ebendasselbe Resultat am 29. VI. und 30. VI. Wehen waren stets schwach, die Herztöne gut. Das Operationsprotokoll vom 1. VII. besagt: Die Frau kreisst schon seit mehreren Tagen. Geburtsfortgang unbedeutend. Heute früh Cervix eben aufgebraucht. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Kopf hoch über dem Becken beweglich. Kind nicht übermässig gross. Unter diesen Umständen ist der Kaiserschnitt indiziert. Zur Zeit Gefahr für Mutter und Kind kaum zu erwarten. Daher in Anbetracht 1. des engen Beckens, 2. alte I para, 3. der Uterusinsuffizienz, 4. der rigiden Geburtswege Kaiserschnitt mit Sicherheit indiziert. Zudem ist das Kind während den Dauerkontraktionen gefährdet.

Abschiebung der Peritonealplica gelingt gut. Dagegen Blasenläsion, obwohl die Blase gefüllt ist. Doch kommt es erst zur

Blasenläsion, nachdem der Blaseninhalt entleert war. Blutung bei der Uterusinzision nicht gross. Fruchtwasser läuft ab. Kind in Wunde eingestellt, wird mit Zange in Hinterhauptslage entwickelt, was mühelos gelingt. Nachher 2reihige Naht des 7 cm langen Blasenrisses (Längsverletzung). Placenta kommt auf Pituitrin und Secacornin. Schluss wie gewöhnlich. Im Cervicalausstrich vereinzelte gram + Diplokokken, Kultur steril, ebenso Fruchtwasser.

Während des Wochenbettes überschritt die Temperatur nie 38,0. Die Heilung verlief glatt. Entlassungsbefund vom 23. Tage p. op. Per primam geheilte Operationswunde. Ut. klein, retroflektiert, adhärent, Adnexe o. B.

Fall 35.

E. F., 31 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 357.

Von der Poliklinik eingeliefert. VII para. 4 Spontanpartus, 1 Wendung und Perforation am nachfolgenden Kopf, 1 Abort. Kein lebendes Kind. 3 Kinder starben nach wenigen Stunden, eins nach $2^1/_2$ Jahren. Masse: Sp. i. 25,5, Cr. i. 28,5, C. ext. 19, C. diag. 11. L. R. Oktober 10. Wehenbeginn 16. VII. 11 5 Uhr p. m. Blasensprung 17. VII. 11 6,45 Uhr a. m. Äusserer Befund bei Ankunft der Poliklinik: Rücken links, kleine Teile rechts. Fundus am Rippenbogen, Kopf beweglich über dem Becken. Muttermund über handtellergross, Blase stand damals noch. Nach dem Blasensprung nur sehr langsames Eintreten des Kopfes trotz kräftiger und häufiger Wehen. Untersuchung um 11 Uhr a. m.: Muttermund über handtellergross, Kopf fast fest im Beckeneingang, Pfeilnaht nahe der Symphyse, links seitlich ein Ohr fühlbar. Fontanellen nicht deutlich zu fühlen. Die Wehen sind von 10 Uhr ab seltener und schlechter. Dauernd heftige Schmerzen im Leib. Herztöne anhaltend gut, 140—150. Allmählich bildet sich ein Kontraktionsring unterhalb des Nabels aus, Kopf dauernd mit einem grossen Teil oberhalb der Symphyse fühlbar. Innerer Befund um $2^1/_2$ Uhr a. m. derselbe, Kopf noch etwas beweglich. Das Operationsprotokoll vom 17. VII. 11 sagt: Es handelt sich um eine Hinterscheitelbeineinstellung, I. Schädellage, sehr grosses Kind, Muttermund etwa handtellergross, Promontorium sehr stark vorspringend. Kopf ganz über dem Becken, Kontraktionsring reichlich handbreit über der Symphyse. Extraperitonealer Kaiserschnitt. Blase rechts, Schnitt links, $1^1/_2$ Querfinger nach aussen von der Lin. alb. beginnend symphysenwärts auf sie zutretend. Es gelingt nach Entleerung der Blase recht bequem von links her die Plica vesicouterina zu mobilisieren und nach oben zu schieben und die Blase nach rechts und nach unten, vom Peritoneum befreit, zu dislozieren. Nach Freilegung eines genügenden Stückes Cervix wird dieselbe inzidiert, sie ist sehr dünn. Zange

(Modell III) schräg angelegt, nicht ganz leicht. Das Kind, ein Mädchen von 3710 gr ist apnoisch, fängt bald spontan zu atmen an. Operation völlig extraperitoneal gelungen. Wundbehandlung wie üblich. Placenta ist wenige Minuten, nachdem vor der Inzision in die Cervix Pituitrin injiziert war, nach der Entwickelung des Kindes gelöst und auf leichten Druck exprimiert. Dauer 35 Minuten. Ut. wird wiederholt schlaff. Massage, es werden grosse Blutcoagula ausgedrückt. Ut. kontrahiert sich hierauf gut. Die bakteriologische Untersuchung ergab im Cervicalsecret: Ausstrich: grampositive Diplokokken und Kokkenhaufen. Kultur: (Agar, Blutagar, anaerob): Streptokokken schwach haemolytisch reichlich, Staphylokokken alb. nicht haemolytisch, wenig. Fruchtwasser: Ausstrich: grampositive Diplokokken und kurze Ketten, Kokkenhaufen. Kultur: (Agar, Blutagar, anaerob) Streptokokken haemolytisch reichlich, Staph. pyog. aur. haemolytisch reichlich.

In den ersten Tagen post. operat. entwickelte sich im linken Unterlappen der Lunge eine Bronchopneumonie mit Dämpfung, Knisterrasseln und Dyspnoe, Brustpriessnitz, Mixt. solvens, Digalen. Temperatur war zwischen 38 und 39. Das Abdomen war stets einwandsfrei, die Operationswunde heilt gut zu, secernierte etwas in den ersten Tagen nach der Operation. Vom 15. Tage p. op. war die Temperatur stets normal (um 37 herum). Entlassungsbefund vom 23. Tage p. op.: Wunde bis auf eine kleine granulierende Stelle völlig verheilt. Ut. retroflektiert, fast faustgross, aufrichtbar. Keine Beschwerden.

Fall 36.

M. K., 26 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 382.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis, vor 5 Jahren Venenentzündung beider Beine. E. M. mit 15 Jahren, unregelmässig. I. para. L. R. Ende September 10. Wehenbeginn 21. VII. $11^1/_2$ Uhr p. m. Masse: Sp. i. 22, Cr. i. 24, C. ext. 17, C. diag. 10, C. vera 9. Äussere Untersuchung: Fundus 1 Querfinger unter proc. ensif., Kopf beweglich über dem Becken, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne l. 136. Innere Untersuchung 22. VII. 7,30 Uhr a. m.: Portio vag. erhalten. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Blase steht, vorliegend Kopf, beweglich. 23. VII. Status idem. 24. VII. Status idem. 26. VII. 5,15 Uhr a. m. Blasensprung. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Cervix noch nicht völlig verstrichen, Kopf in Hinterscheitelbeineinstellung über dem Becken, das allgemein verengt ist. Kind zwar nicht gross, wird aber das Becken schwerlich passieren können. Extraperitonealer Kaiserschnitt. Blase exquisit links, Kind in I. Lage, Schnitt rechts, Peritonealfalte exor-

bitant tief. Erst mit vieler Mühe gelingt es, sich bis zu ihr hinzuarbeiten. Bei der Ablösung der Blase vom Peritoneum wird mehrfach Schere benutzt. Endlich extraperitoneales Freiliegen der Cervix. Inzision mit der Richterschen Schere, an kleiner Stelle. Sehr dicke venöse Gefässe auf der Cervix, von denen einige vorher aufgegangen waren und unterbunden werden mussten. Cervixinzision mit Richterscher Schere, Anfassen des Kindskopfes über kleine Fontanelle obwohl I. Lage. Sicher elegante Kopfentwickelung, fast keine Blutung, Placenta kommt ziemlich bald auf Credé, vollständig. Kind etwas asphyktisch, wiederbelebt. Der untere Wundwinkel fingergliedlang über dem äusseren Muttermund. Sicher völlig extraperitonealer Kaiserschnitt.

Am 2. Tage p. op 39,8, von da ab bis zum 10. Tage p. op. Temperatur zwischen 38 und 39. Abdomen stets einwandsfrei, keine peritonitischen Erscheinungen, dafür aber in den ersten Tagen nach der Operation starke Bronchitis. Vom 10. Tage p. op. an blieb die Temperatur stets um 38 herum. Die Operationswunde heilte einwandsfrei. Entlassungsbefund vom 22. Tage p. op.: Feste Bauchnarbe, in der sich nur 2 flache, pfennigstückgrosse granulierende Flächen befinden. Uterus anteflektiert, eleviert.

Fall 37.

C. K., 38 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 383.

Familienanamnese o. B. Als Kind Rhachitis, e. M. 19 Jahre, regelmässig. V para. 3 Spontangeburten, 1 Abort. L. R. Ende Oktober 10. Masse: Sp. i. 26, Cr. i. 29, C. diag. 10,0. Wehenbeginn: 10. VII. 11 8 Uhr a. m. Blasensprung: 10. VII. 11 9 Uhr a. m. Nach Angabe der Hebamme Muttermund um 12 Uhr für 1 Finger durchgängig. Um 3 Uhr bemerkte die Hebamme Handvorfall, Kopf beweglich. Um 7,15 Uhr p. m. rief sie die Poliklinik an. Die um 8,30 Uhr p. m. vorgenommene innere Untersuchung ergibt: Muttermund kleinhandtellergross, doch bequem zu erweitern. Kopf beweglich über dem Becken, Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle rechts, grosse links. Linker Arm vorgefallen. Da die andern Geburten (C. diag. 10) spontan verlaufen waren, wird beschlossen, die Hand zu reponieren. Da aber die Herztöne zu wechseln anfangen, wird abgewartet, um ev. gleich die Wendung zu machen. Wegen der ungünstigen häuslichen Verhältnisse wird die Frau in die Klinik gebracht. Äussere Untersuchung ergab hier: Fundus handbreite vom proc. ensif., Kopf im Beckeneingang, Rücken r., kl. T. l. Innere Untersuchung: 10. VII. 11 11,50 Uhr p. m. Muttermund kleinhandtellergross, Blase gesprungen, vorliegend Kopf, neben ihm eine vorgefallene Hand. Pfeilnaht quer, der Symphyse genähert. Gr. F.

nahe der Führungslinie. Herztöne 200, Wehen etwas schwächer nach 2 Spritzen Morphin. 11. VII. 11 12,10 Uhr m. Da die Wehen wieder kräftiger und schmerzhaft werden noch 1 Spritze Morphin, worauf sie an Stärke nachlassen. 12,55 Uhr p. m. Herztöne werden wieder besser, nachdem sie vorher gewechselt haben. 3,00 Uhr a. m. 2. innere Untersuchung: Status idem. Wehen werden sehr heftig, alle 2 Minuten. 1 Spritze Morphin, worauf sie nachlassen. 5,15 Uhr a. m. 3. innere Untersuchung: Status idem. 6 Uhr a. m. Status idem. Temperatur 36, 8. Allmählich bildet sich unter dem Nabel ein Kontraktionsring aus, schräg verlaufend. Das Kind ist sehr geschädigt, wenn auch vielleicht noch nicht ad maximum. (Wasserabfluss vor 23 Stunden, Wehenbeginn vor 24 Stunden, Herztöne wechselnd). Durch Wendung kann auf ein lebendes Kind kaum gehofft werden, selbst wenn diese Operation statthaft ist (Kontraktionsring!) Extraperitonealer Kaiserschnitt. Schnitt rechts, klinische Operation. Die Befreiung des oberen Cervixsegmentes vom Peritoneum gelingt vollkommen und exakt, wenn auch nicht ganz leicht. Blase exquisit links. Blutung sehr unbedeutend. In den unteren Partien bereits erhebliche Verdünnung. Entwickelung des Kindes in Gesichtslage mit der Zange glatt und ohne Schwierigkeiten. Placenta folgt ziemlich bald völlig, zum Teil spontan. Nachbehandlung wie stets, kleiner Schnitt, voll befriedigende Operation. Kind recht schwer asphyktisch, total mit Mekonium besudelt, wiederbelebt. Bakteriologischer Befund: Cervixsecret: massenhaft gram + (oder grampositive) Kapselbacillen. Fruchtwasser ebenso, ausserdem vereinzelte gram + Stäbchen. Kulturell in beiden: Bac. pneumoniae Friedländer.

Das Wochenbett verlief absolut glatt. Temperatursteigerungen traten kein einziges Mal auf, das Wohlbefinden der Patientin war nie gestört. Entlassungsbefund vom 37. Tage p. op.: Breite Bauchnarbe, bis auf pfennigstückgrosse Wunde epithelialisiert. Uterus anteflektiert, gänseeigross, mobil. Adnexe o. B.

Fall 38.

R. M., 18 J., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 385.

Familienanamnese o. B. Nie krank gewesen. E. M. mit 17 J., regelmässig. L. R. November? I. para. Masse: normal. Wehenbeginn 27. VII. 11 Mittags. Äussere Untersuchung: Fundus am proc. ensif., Kopf über dem Becken, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne l., 150. An den Beinen und Augenlidern starke Ödeme, besonders stark (über faustgross) sind die kleinen und grossen Labien geschwollen. Urin: Albumen stark positiv, hyaline und granulierte Cylinder in grosser Anzahl. Leukocyten. Innere Untersuchung: Vagina eng, Port. vag. fast ver-

strichen, Muttermund für 1 Finger durchgängig, Blase steht, vorliegend Kopf, über dem Beckeneingang beweglich. Zeit: 7¼ Uhr p. m. Um 12 nachts; status idem. Um 2 Uhr p. m. beobachtet die Wärterin Krämpfe, die nur 1 Minute anhalten. Patientin sei blau gewesen und habe mit Armen und Beinen gezuckt. Bei Ankunft des Arztes ist die Kreissende vollkommen ruhig und klar. Innerer Befund unverändert. 2,30 Uhr a. m. und 3,15 Uhr a. m. zwei weitere Anfälle, zunächst klonische dann tonische Krämpfe, zuckt mit den Mundwinkeln, Augen weichen nach links ab, Pupillen weit, reaktionslos. Nach dem Anfall Benommenheit. Katheterrisierung ergibt ca. 50 ccm Urin nach 3 Stunden, weiteren Befund des Urins siehe oben. Es handelt sich um Eklampsie. Nach dem 3. Anfall sect. caes. class. Schnitt 4 Finger über Nabel beginnend und 4 Finger unter Nabel endigend. Es wird Abstand genommen vom vaginalen Kaiserschnitt wegen der beiderseits faustdicken Ödeme an den grossen Labien. Zur möglichsten Beschleunigung auch Abstand genommen vom extraperitonealen und in üblicher Weise der klassische Kaiserschnitt gemacht. Placenta hinten, kaum 3 Minuten nach Operationsbeginn Kind an den Füssen entwickelt. Durch Anklemmen des visceralen Peritoneums mit dem parietalen während der Inzision in den Uterus durch Hackenklemmen gelingt es jedoch jedweden auch geringsten Bluteinfluss ins Abdomen zu verhindern. Vor Einschneiden des Uterus Tücher ins Abdomen; es ist völlig unbeblutet. Dreischichtnaht des Uterus in üblicher Weise, nachdem die Placenta wenige Minuten nach Entwickelung des Kindes (unmittelbar vor Operation 2 ccm Pituitrin) gelöst aus dem Uterus gehoben worden. Sie und Eihäute vollständig. Zum Schluss noch wenige Umstechungen zwecks Blutsicherheit, die dann völlig erreicht ist. Kontrolle des Abdomens auf Bluteinfluss mit Tupfern, auch des hinteren Douglas mit dem Ergebnis, dass nirgends Blut sich befindet. Verschluss in üblicher Weise. Dauer 30 Minuten.

Nach der Operation trat kein Anfall mehr auf. Während des Verlaufes des Wochenbettes bildete sich eine Bronchopneumonie aus, wobei die Temperatur sich zwischen 38 und 39 bewegte. Vom 14. Tage ab p. op. blieb die Temperatur normal, die Operationswunde heilte komplikationslos zu. Die Urinmenge nahm bald nach der Operation zu. Der Eiweissgehalt betrug am 2. Tage p. op. noch 3½ ‰, am 4. nur noch ½ ‰ und verschwand in den nächsten Tagen ganz. Entlassungsbefund vom 25. Tage p op.: Feste lineäre Laparatomienarbe. Muttermund geschlossen, Uterus anteflektiert, etwa gänseeigross, eleviert, in der Gegend der Narbe fixiert. Adnexe o. B.

Fall 39.

A. P., Jahrgang 1911/12, Journ.-No. 512.

Als Kind Rhachitis. E. M. mit 16 Jahren, immer regelmässig. I. para. L. R Anfang Dezember. Wehenbeginn 21. IX. 11 12 Uhr p. m. Äussere Untersuchung: Fundus uteri am proc. ensif., Kopf beweglich über dem Becken, Steiss im Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne links. Innere Untersuchung: 21. IX. 11 1,20 Uhr a. m. Portio verstrichen, Muttermund handtellergross, Blase steht, vorliegend Kopf im Beckeneingang, Pfeilnaht quer. Diagnose: I. Schädellage. 2. Innere Untersuchung am 21. IX. 4 Uhr a. m. Status idem. Die Fruchtblase springt bei der Untersuchung, wobei wenig Fruchtwasser abfliesst. Wehen wenig kräftig und selten. Um 8 Uhr a. m. ist der Kopf noch immer beweglich über dem Beckeneingang zu fühlen. Walchersche Hängelage. 12½ Uhr p. m. Da das untere Uterinsegment gedehnt erscheint und trotz der sich nun einstellenden starken Wehen der Kopf nicht eintritt, wird der Kaiserschnitt beschlossen. Beckenmasse: Sp. i. 21, Cr. i. 24, c. ex. 18, C. diag. 10¼, c. ver. 8,5.

Der Kaiserschnitt wird also 10 Stunden nach Wehenbeginn gemacht. Die Walchersche Hängelage war erfolglos In letzer Zeit vor dem Kaiserschnitt wurden die Herztöne schwankend. — Blase links, Schnitt rechts in üblicher Weise. Es gelingt, völlig extraperitoneal zu operieren, obwohl die Umschlagfalte des Peritoneum sehr tief hinuntergeht. Es wird sehr von der Seite her an die Blase herangegangen. Zange schwer, da sie einige Male abrutscht. Kind wenig asphyktisch, Mädchen, 3820 gr schwer, wird wiederbelebt. Vor der Inzision in den Uterus 2 ccm Pituitrin. Placenta bald gelöst, sie und Eihäute vollständig. Naht wie üblich. Schutzstreifen, üblicher Schluss.

Das Wochenbett verlief völlig reaktionslos. Die Temperatur von 38 wurde nie überschritten. Aufgestanden ist die Patientin am 16. Tage p. op., entlassen wurde sie am 18. Tage p. op. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert. Bauchnarbe linear per primam int. geheilt. Adnexe o. B.

Fall 40.

F. H., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 528.

Familienanamnese o. B. E. Menses mit 12 Jahren, immer regelmässig, IV. para. 1. P. — Perforation, 2. P. — Perforation, 3. P. — künstliche Frühgeburt mit 7½ Monaten. Kind starb nach 1½ Jahren L. R. 12. XII. 1910. Wehenbeginn 24. IX. 11 8 Uhr p. m. Äussere Untersuchung: Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Steiss im

Fundus, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne links. Abdomen stark gedehnt. Innere Untersuchung 25. IX. 1 Uhr a. m. Muttermund für 2 Finger durchgängig, Blase steht. Vorliegend Kopf, beweglich über dem Becken, Pfeilnaht quer. Diagnose: I. Schädellage. Blasensprung am 25. IX. 4 Uhr a m. Mässige Menge grünlich verfärbten Fruchtwassers geht ab. Innere Untersuchung um 4,20 Uhr a. m. Muttermund völlig erweitert, Kopf beweglich über dem Becken, anscheinend sehr gross und hart. 5 Uhr a. m. Herztöne verlangsamt. 1 Spritze Morphin, danach erholen sie sich wieder. 7 Uhr a. m. Stürmische Wehen, Herztöne schwankend, noch 1 ccm Morphin (0,01). 7 Uhr a. m. Stürmische Wehen. Innere Untersuchung: Status idem. Herztöne schwankend, Mekoniumabgang. Es wird der Kaiserschnitt beschlossen, 4 Stunden nach Blasensprung.

Blase links, Schnitt rechts in üblicher Weise. Sehr fette Bauchdecken. Das Abschieben der Blase vom Peritoneum recht leicht, doch werden dabei stark geschwollene, venöse, vielleicht dilatierte Gefässe, an denen die Frau überhaupt sehr reich am ganzen Körper ist, durchschnitten. Daher schon jetzt Operation ziemlich blutig. Blosslegung der Cervix, Inzision, wobei es ausnehmend stark blutet. Mekoniumhaltiges Fruchtwasser geht ab. Das Kind hat sich in Gesichtslage gedreht, sodass das Gesicht mit dem Munde nabelwärts in der Wunde steht. Sehr grosser Kopf, kann mit der Zange erst gefasst und entwickelt werden, als er von der Scheide mit der Hand in die Wunde gepresst wird. Das Kind, ein Knabe von 3940 gr und 51 cm Länge, mässig asphyktisch, hat ziemlich viel Blut aspiriert; wird nach Aspiration mittels Schlundkatheters durch Schwingungen bald wiederbelebt. Vor der Inzision 2 ccm Pituitrin, Placenta bald gelöst und exprimiert. Sie und Eihäute vollständig. Mässige Atonie, auf 2 ccm Secacornin kommt Blutung zum Stehen. Übliche Naht der Cervixwunde, Jodoformgaze in die grosse, sicher extraperitoneale Wunde. Schluss in üblicher Weise. Dauerkatheter, da der Urin ante op. blutig war. Dauer 38 Minuten.

Im Wochenbett stieg die Temperatur nur einmal — am 2. Tage p. op. — auf 38,4, blieb sonst immer unter 38°. Der Urin wurde bald klar, am 9. Tage p. op. wurde der Dauerkatheter entfernt. Das Wohlbefinden der Mutter war nie gestört. Entlassen wurde die Frau am 22. Tage p. op. mit gut geheilter Wunde.

Fall 41.

M. K., Jahrgang 1911/12, Journ.-Nr. 543.

Familienanamnese o. B. Als Kind Masern und Rhachitis. E. M. mit 20 Jahren, stets regelmässig. I. para. Beckenmasse:

sp. i. 24, Cr. i. 26, c. ex. 18, c. diag. 10,25. L. R. angeblich November 10. Am 23. VIII. Blasensprung. Wehen nicht vorhanden. Äussere Untersuchung: Steiss im Fundus, Kopf beweglich über dem Becken, Rücken links, kleine Teile rechts, Herztöne l., 120 pro Minute. Innere Untersuchung 23. VIII. 3 Uhr a. m. Portio etwa noch 2 cm lang. Muttermund geschlossen. Vorliegend Kopf, beweglich im Beckeneingang. Diagnose: I. Schädellage. Sehr schwache Wehen. 26. VIII. Cervix noch etwas erhalten, Kopf beweglich auf dem Beckeneingung. Temperatur 37,2. 26. VIII. 10 Uhr p. m. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Kopf noch über dem Beckeneingang, Cervix noch etwas erhalten. Schwache Wehen. Nachts 11 Uhr 39,0°. 1 ccm Morphin (0,01). 27. VIII. 4 Uhr a. m. Herztöne seit $^1/_2$ Stunde wechselnd zwischen 130 und 180, sehr starke Wehen, alle 2—$2^1/_2$ Minuten. 1 ccm Morphin (0,01). 27. VIII. 8,45 Uhr a. m. Herztöne 180, Muttermund fünfmarkstückgross, Kopf etwas tiefer getreten, Pfeilnaht am Promontorium. Temperatur 38,3. Sehr starke Wehen. Es wird der Kreissenden eine Sect. caes. extraperit. bezw. eine Zangenoperation vorgeschlagen. Kreissende verweigert beides, trotzdem sie darauf aufmerksam gemacht wird, dass sie durch ihre Weigerung an ihrer Gesundheit Schaden nehmen könne und die letzte Möglichkeit zur Rettung des Kindes nehme. 27. VIII. 3 Uhr p. m. Muttermund fünfmarkstückgross, Kopf steht so wie früh. Temperatur 37,6. Um 5 Uhr p. m. gibt die Kreissende endlich ihre Einwilligung zur Operation. In den letzten Stunden noch Mekoniumabgang. Resumé: Die Blase war also vor 5 Tagen gesprungen, der Muttermund fünfmarkstückgross, schwankende Herztöne, Mekoniumabgang, Kopf über dem Becken, nur mit der Kopfgeschwulst und einem kleinen Segment ins Becken eingepresst. Seit 20 Stunden Temperatur zwischen 37,5—39,0°. Daher extraperitonealer Kaiserschnitt.

Blase links, Schnitt rechts, $1^1/_2$ Querfinger von der lin alb., handbreit unter dem Nabel, symphysenwärts schräg auf die lin. alb. zulaufend. M. obliquus quer durchtrennt, Blase entleert, nach unten stumpf mit Tupfern abgeschoben, wobei die Umschlagsfalte sehr bald gesehen wird. Die Mobilisierung gelingt gut, weil hier das mitten durchs Operationsfeld laufende lig. vesic. med. stark blasenwärts nach doppelter Ligatur getrennt wird. Jetzt kann die Blase am lig. hochgezogen und die Umschlagsfalte abpraepariert werden, wobei hie und da auch ein Scherenschlag fällt. Nach genügender Cervixblosslegung Inzision und Entwickelung des Kindes mit Modell III. geht sehr schwer. Bei der Cervixinzision und der Kindsentwickelung entleert sich sehr stinkendes Fruchtwasser. Das Kind ist asphyktisch, wird wiederbelebt. Genaue Revision ergibt intaktes Peritoneum. Vor der Cervixinzision 2 ccm Pituitrin. 10 Minuten p. P. Placenta

gelöst und exprimiert, vollständig, desgleichen die Eihäute. Zweischichtnaht der Cervixwunde, Ausfüllen der Wunde mit Vioformgaze, die auch durch den unteren Wundwinkel nach aussen geleitet wird. Dann übliche Naht. Dauer 50 Minuten.

Das Wochenbett verlief fieberhaft. Am 3. Tage p. op. stieg die Temperatur auf 38,2, gleichzeitig fing die Wunde zu eitern an. Es wurden zwar einige Nähte entfernt, doch dies nützte nichts. Während der nächsten Tage stieg die Temperatur auf 39,0°. Im Unterlappen der rechten Lunge traten am 6. Tage p. op. Reibegeräusche und Rasseln, ebenso ein kleiner undeutlicher Dämpfungsbezirk auf. Am Mittag desselben Tages Schüttelfrost. Am nächsten Morgen abermals Schüttelfrost mit einer Temperatur von 40,1°. Am Abend desselben Tages wiederholte Schüttelfröste. Aus der Wunde hatte sich nun ein grosser Abscess gebildet, der recht erheblich in die Tiefe ging. Die Frau erhielt Antistreptokokkenserum. Am 8. Tage p. op. früh 37,5°, abends 39,1°. Puls dauernd zwischen 130—140. Am folgenden Tage war die Wunde breit aufgeplatzt, die eingeführten Drains führten in grosse Tiefe, es stiessen sich nekrotische Fetzen ab. Nachmittags wieder Schüttelfrost. Temperatur 40,5. Puls 156. Aus der Bauchwunde entleerte sich profus stinkender Eiter. Am 10. Tage p. op. fiel die Temperatur wieder auf 37,2. Aus der Bauchwunde entleerte sich Urin, ausserdem stiess sich ein grosses, nekrotisches Stück aus dem unteren Wundwinkel los. Während der nächsten Tage stieg die Temperatur wieder auf 39,2. Die Eitersecretion war sehr reichlich, ebenso gingen reichlich nekrotische Fetzen ab, dieselben wurden für Uterusmuskulatur angesehen. Es wurde dies dann auch bestätigt, denn man konnte feststellen, dass die Wunde mit dem Uterus und mit der Blase kommunizierte. Auch die Urinentleerung durch die Wunde war eine reichliche. Es musste natürlich ein Dauerkatheter eingelegt werden. Während der nächsten Tage bewegte sich die Temperatur noch um 38,0° herum. Vom 20. Tage p. op. an datiert die Besserung. Die Temperatur fiel zur Norm ab, die Wunde fing an sich zu reinigen. Der Urinabfluss aus der Wunde wurde ein geringer, in den nächsten Tagen schloss sich dann die Blasenwunde. Die Eitersecretion stand, die Bauchwunde fing an zu granulieren. Die Temperatur blieb dauernd normal. Am 27. Tage p. op. wurde der Dauerkatheter entfernt. Die Wundsecretion wurde immer geringer, die Wunde schloss sich schnell. Am 37. Tage p. op. stand die Frau zum ersten Male wieder auf. Am 45. Tage p. op. wurde sie entlassen. Die Wunde war jetzt bis auf ein etwa pfenniggrossen Fleck vernarbt.

Das Kind war am 2. Tage nach der Geburt gestorben.

Es ſind alſo in der Breslauer Frauenklinik in der Zeit vom 29. April 1910 bis zum 30. September 1911 41 Kaiserschnitte gemacht worden. Davon entfallen auf den klassischen Kaiſerſchnitt 2 Fälle, auf den extraperitonealen 33 Fälle, auf den transperitonealen 6 Fälle. Mit dem Kaiſerſchnitt wurde 3 mal die Sterilisation verbunden.

Bei den extraperitonealen Kaiſerſchnitten wiederum iſt in 25 Fällen rein extraperitoneal operiert worden, 8 mal wurde im Laufe der Operation das Peritoneum und 3 mal die Blaſe verletzt. (Fall 3, 6, 16, 17, 25, 27, 29, 32 bez. 6, 10, 34). Im Fall 3 handelte es ſich nur um eine kleine Verletzung, die ſofort wieder durch Suturen geſchloſſen wurde. Beim Fall 6 war die Urſache der Verletzung ein ſehr tiefes Herabreichen der Umſchlagsfalte des Blasenperitoneums in die vordere Douglastaſche, ſo dass dieselbe trotz sorgfältigsten Vorgehens eröffnet wurde. Beim Abſchieben der Blaſe entſtand hier auch auf dem Scheitel derſelben ein kleines Loch, das ſofort mit zweiſchichtiger Naht exakt geſchloſſen wurde. Eine Cystitis ist später nicht aufgetreten, die Heilung war also glatt erfolgt. Eine Blasenverletzung entstand auch beim 10. Fall, wo man sich zu nahe an die Blase hielt. Die entstandene Wunde war hier etwa 4 cm lang und penetrierend, auch sie wurde exakt mittels zweischichtiger Naht versorgt. Im Verlaufe des Wochenbettes trat dann eine Cystitis auf, die aber nur leicht und von kurzer Dauer war. Im Fall 16 erwies es sich erst nach der Entwickelung des Kindes, dass der Schnitt an einer kleinen Stelle bis ins freie Peritoneum hineinging. Auch diese Öffnung wurde sofort geschlossen. Eine weitere Peritonealverletzung entstand im 17. Fall. Hier war bereits einmal in der hiesigen Hebammenlehranstalt der extraperitoneale Kaiserschnitt nach Latzko ausgeführt worden. Es bestand eine narbige Dixur der Blase, und es gelang nicht, das Peritoneum von der Blase abzuschieben. Dasselbe

wurde immer dünner und riss schliesslich ein. Die Blase selbst blieb unverletzt, die Öffnung im Peritoneum wurde ebenfalls alsbald genäht. Im Fall 25 handelte es sich um ein Kind mit sehr grossem Kopf. Sein Umfang betrug 37 cm. Die Zange gelang gut, aber nach der Entwickelung des Kindes zeigte es sich, dass bei der Zange das Peritoneum quer eröffnet worden war. Der Peritonealraum wurde sofort ausgewischt, wobei es sich zeigte, dass nichts hineingelaufen war, und die Wunde dann alsbald fortlaufend mit Catgut genäht. Beim 27. Fall gelang es nicht, obwohl sehr seitlich eingegangen worden war, gut in den praecervicalen Raum zu gelangen, da die vordere Douglasfalte sehr weit nach unten reichte. Dieselbe wurde an einer nur kleinen Stelle eröffnet bei diesem Versuche und nunmehr von dem kleinen Loche aus mit der Schere und stumpf die Blase abpräpariert, was auch jetzt noch recht mühevoll war. Zur Blasenverletzung kam es jedoch nicht. Nachdem es endlich gelungen war, die Douglasfalte zu dislozieren, wurde das peritoneale Loch fortlaufend mit Catgut versorgt, die Naht hielt gut. Zur Blasenverletzung kam es bei den Extractionsversuchen. Die abgelöste Blase wölbte sich nämlich hierbei immer vor und musste reponiert werden. Als nachher revidiert wurde, ergab es sich, dass sie an drei stecknadelkopf- bis linsengrossen Stellen zum Teil durchgerieben worden war. Diese Stellen wurden in der üblichen Weise versorgt. Eine Cystitis ist später nicht eingetreten, ebenso auch keine Fistelbildung. Auch Fall 29 weisst eine Peritonealverletzung auf. Hier gelang es nur recht schwer das Blasenperitoneum von der Blase abzutrennen und die Peritonealfalte zu mobilisieren. Man war gezwungen, recht tief, bis unter den Schambogen praeparatorisch vorzudringen. Das Peritoneum blieb trotz dieser Schwierigkeiten intakt. Da aber noch keine Dehnung, auch keine physiologische der vorliegenden Cervix bestand, gelangte man beim Nachobenschieben der Peritonealfalte früher in Bezirke, wo dieselbe gegen die Uterussubstanz schlechter verschieblich war, es riss hierbei das Peritoneum schliesslich doch an einer allerdings nur kleinen Stelle ein. Dieser Riss wurde

alsbald exakt geschlossen. Ferner kam es im 32. Fall zu einer Peritonealverletzung. Hier wurde bei der Schnittführung unversehens im Bereich der oberen Wundhälfte ein kleines Stück des Peritoneums angeritzt und sofort versorgt. Beim weiteren Abtrennen passierte noch einmal eine Peritonealverletzung, auch diese Öffnung wurde sofort geschlossen. Eine Blasenverletzung entstand endlich noch beim 34. Fall. Hier gelang zwar die Abschiebung der Peritonealfalte gut, es kam aber zur Blasenlaesion, obwohl die Blase aufgefüllt war. Zur Verletzung kam es erst nach Ablassen der Füllflüssigkeit der Blase, die Wunde wurde sofort exakt versorgt. Zur Cystitis ist es nicht gekommen. Alle diese erwähnten unbeabsichtigten Verletzungen heilten glatt, Störungen im Verlaufe der Wochenbetten haben sie nicht verursacht.

Die 6 transperitonealen Kaiserschnitte sind fast alle „ein Kompromis zwischen dem ursprünglich Gewollten und dem technisch Möglichen“ gewesen, d. h. man war bei fast allen bestrebt, zunächst extraperitoneal vorzugehen. Erst dann, als es sich im Laufe der Operation herausstellte, dass dies unmöglich war, wurde zur transperitonealen Methode übergegangen. So zunächst Fall 1. Hier bestand noch keine Dehnung, die Abschiebung des Peritoneums war ohne Verletzung nicht möglich, daher transperitoneales Vorgehen. Etwas anders lagen die Verhältnisse beim 2. Fall. Die Frau hatte bereits zweimal den Kaiserschnitt durchgemacht. Es ergab sich hier nach der Eröffnung der Bauchhöhle, dass fast der ganze Peritonealraum durch Adhaesionen zwischen Uteruswand und vorderer Bauchwand verlötet war. Hier war also von einem extraperitonealen Vorgehen keine Rede mehr, man musste sich mit der transperitonealen Methode begnügen. Auch Fall 7 war ursprünglich extraperitoneal gedacht. Hier gelang es aber nicht, die Blase abzuschieben und bei den darauf hinzielenden Bemühungen wurde das Peritoneum sehr verdünnt und an einigen Stellen eröffnet. Daher ging man dann ganz zum transperitonealen Operieren über. Das Peritoneum wurde weit eröffnet. Es zeigte sich aber jetzt, das es mit der Schere

leicht gelang, die Blase nach abwärts und das Peritoneum nach aufwärts zu schieben. Man schloss daher die Peritonealhöhle mit einer dichten, fortlaufenden Catgutnaht und ging weiter extraperitoneal vor, was auch ganz gut gelang. Im 8. Fall wurde von vornherein transperitoneal vorgegangen. Fall 23 war dagegen zunächst auch extraperitoneal gedacht. Die Frau war bereits einmal durch den Kaiserschnitt entbunden worden. Das Peritoneum war hier mit den Bauchdecken im Bereich der alten Narbe fest fixiert. Es riss ein, auch die weiteren Versuche, dasselbe mit Hilfe des orientierenden Risses halbscharf abzutrennen, misslangen stets an der Festigkeit der Bauchwand. Daher ging man nun transperitoneal vor. Der letzte Fall, 31, wurde von vornherein transperitoneal gemacht, da hier nach der Entbindung die Sterilisation vorgenommen werden sollte.

Unter allen 41 Kaiserschnitten sind endlich noch zwei klassische zu verzeichnen. Es ist dies zunächst Fall 19, über den das Nähere in der zugehörigen Krankengeschichte nachzulesen ist. Hier sei nur kurz erwähnt, dass die Frau plötzlich an Herzschwäche zu Grunde ging. Um das Kind zu retten, welches bald nach dem Tode der Mutter ruckartige Bewegungen im Uterus ausführte, wurde der klassische Kaiserschnitt an der Toten ausgeführt. Sein Erfolg war ein voller. Das Kind wurde blau-asphyktisch zu Tage gefördert, aber nach Aspiration von Schleim bald zum Schreien gebracht. Es wurde gesund nach einiger Zeit entlassen. Bei dem zweiten klassischen Kaiserschnitt (Fall 38) handelte es sich um Eklampsie. An der Breslauer Frauenklinik wird in solchen Fällen gewöhnlich der vaginale Kaiserschnitt nach Dührssen angewandt, um die Frau, welche ja doch durch die Eklampsie an und für sich bereits sehr gefährdet ist, nach Möglichkeit zu schonen und so schnell es geht zu entbinden. Doch hier lagen die Verhältnisse ganz anders. Betreffs der Einzelheiten bitte ich auch hier, die betreffende Krankengeschichte nachlesen zu wollen. Wie wir aus dieser ersehen, kam die Frau nach dem dritten eklamptischen Anfall auf den Operationstisch. Der

Muttermund war für 1 Finger durchgängig, die Blase stand noch. Es musste nun schnell die Entbindung vorgenommen werden. Der vaginale Kaiserschnitt konnte hier wegen der über faustdick geschwollenen grossen und kleinen Labien nicht vorgenommen werden. Wegen der möglichsten Beschleunigung der Geburt wurde auch vom extraperitonealen Kaiserschnitt Abstand genommen und der klassische Kaiserschnitt als Entbindungsverfahren gewählt und auch gemacht. Nach der Operation bekam die Frau keinen Anfall mehr, die Urinmenge stieg bald, der Eiweissgehalt sank schnell. In den ersten Tagen port operationen trat eine Bronchopneumonie auf, nach deren Abklingen verlief das Wochenbett ohne Störung.

Im Anschluss an den Kaiserschnitt wurde dreimal sterilisiert, es sind dies die Fälle 2, 6, 31. Im ersten und letzten Falle war der Kaiserschnitt bereits zweimal gemacht worden, im zweiten dagegen einmal. In allen 3 Fällen wurde die Operation natürlich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Frau und des Mannes gemacht. Nachdem uns die Erfahrung gelehrt hat, dass nach blosser Entfernung eines Teiles der Tuben dennoch eine Schwangerschaft, und zwar eine uterine, wiederum eintreten kann, wird an der Breslauer Frauenklinik jetzt folgender Sterilisationsmodus eingeschlagen: Zunächst wird die Uteruswunde versorgt und dann die tubo-ovoriellen Gefässe en masse unterbunden. Die Tube wird nun von der Mesosalpinx bis zu ihrer Insertion am Uterus abgetragen bzw. aus dem Uterus in Keilform herausgeschnitten. Die auf diese Weise entstandene Wunde wird fortlaufend mit Peritoneum übernäht und dabei der Tubenstumpf zwischen die Blätter des lig. lat. versenkt.

Die Indikation für die Vornahme des Kaiserschnittes gab in einem Falle der eben eingebrochene Tod der Mutter (19), in einem weiteren Eklampsie (38), in einem anderen (6) die sehr rigiden Weichteile der Mutter, einer 40jährigen I para und die Asphyxie des Kindes, ferner Uterusinsuffizienz (34), auch Rigidität der Weichteile (36, 41), in allen übrigen das enge Becken. Hierbei sprachen jedoch auch noch andere Umstände mit. So zunächst

die Asphyxie des Kindes, die sich durch unregelmässige, verlangsamte oder beschleunigte Herztöne und durch Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser kundgab. Es waren dies die Fälle 4, 5, 6, 7, 10, 15, 18, 20, 21, 26, 28, 30, 33, 37, 39, 40, 41. Ferner der lebhafte Wunsch der Mutter, ein lebendes Kind zu haben, wie in Fall 8 und 11. Im ersten Falle handelte es sich um eine 36jährige 4 para. Ihr erstes Kind wurde perforiert, das zweite gewendet und extrahiert, beim dritten die Frühgeburt im 7. Monat eingeleitet. Kein Kind lebte. Es musste also hier der Wunsch der Mutter berücksichtigt werden. Im 11. Falle war es schliesslich ebenfalls ein solcher Wunsch von seiten der Mutter, der mit ausschlaggebend war, den Kaiserschnitt vorzunehmen. Auch die ungünstige Lage des Kindes wurde bei der Indikationsstellung mit berücksichtigt. Es sind dies die Fälle 3, 4, 5, 12, 15, 16, 20, 21, 22, 26, 30, 35, 36, 37. Es handelte sich hierbei um Hinterscheitelbeineinstellungen bei 3, 12, 20, 21, 22, 26, 30, 35, 36, 37, um abgewichene Schädellage bei Fall 15, abgewichene Stirnlage beim 5. Fall, Querlage beim 16. Fall, Stirnlage beim 4. Fall. Ausserdem musste auch eine starke Dehnung der Cervix berücksichtigt werden, wie in den Fällen 12, 18, 22, 33, 35, 37, und schliesslich noch ein myomatöser Uterus (Fall 5).

Ausschlaggebend war jedoch stets der Befund von seiten des Beckens. Was nun die C. vera in den einzelnen Fällen anbetrifft, so ist sie dort, wo nähere Angaben über ihre Länge fehlen so von mir berechnet worden, dass ich von der C. diagonalis 1,5 cm abzog. In 4 Fällen, (2, 5, 6, 40) fehlen die näheren Angaben über die Beckenmasse, im Fall 19 und 38 waren sie normal. Sonst betrugen sie in einem Fall 7 cm (25), in 2 Fällen 7,5 (9, 28), in 7 Fällen 8 cm (7, 10, 12, 16, 17, 27, 29) in 8 Fällen 8,5—8,75 cm (14, 18, 24, 32, 34, 37, 39, 41), in 10 Fällen 9 cm (1, 11, 13, 15, 21, 22, 26, 31, 33, 36), in 6 Fällen 9,25—9,5 cm (3, 8, 20, 23, 30, 35) und in 1 Fall 10 cm (4). Wir sehen also, dass auch hier die relative Indikation in der letzten Zeit immer weitere Ausdehnung gefunden hat. Wegen Placenta praevia wurde, wie wir sehen, der extra-

peritoneale Kaiserschnitt nicht vorgenommen. Es ist zwar von Sellheim, Krönig und anderen gerade hier diese Art der Entbindung vorgeschlagen worden, aber an der Küstnerschen Klinik hat man in derartigen Fällen mit der Hystereuryse so gute Resultate für Mutter und Kind erzielt (Hannes), dass man dieser Methode stets den Vorzug gibt. Bei Eklampsie dagegen wird meistens der vaginale Kaiserschnitt angewandt, weil er für die Mutter das schonendere Verfahren darstellt.

Was nun die Verteilung der Kaiserschnitte auf Erst- und Mehrgebärende anbetrifft, so wurde an ersteren 1 mal der klassische (38), 1 mal der transperitoneale (7), 14 mal der extraperitoneale Kaiserschnitt (3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 20, 26, 27, 34, 36, 39, 41) ausgeführt, insgesamt also 16 mal an I paren operiert, 42,1%, ein relativ hoher Prozentsatz, für den es nur die eine Erklärung gibt, dass wir jetzt im extraperitonealen Kaiserschnitt eine so gute Methode der suprasymphysären Entbindung haben. Der klassische Kaiserschnitt wäre wohl in diesen Fällen notgedrungen unterblieben, da für ihn Kontraindikationen bestanden. Man hätte also früher hier meist wohl andere Methoden anwenden müssen, in manchen Fällen sogar vielleicht die Perforation. Dass aber auch in diesen 16 Fällen nicht ohne weiteres gleich von vornherein der Kaiserschnitt gemacht wurde, sondern dass man erst abwartete, um zu sehen, ob der Kopf sich nicht doch noch einstellen würde und das Hindernis passierte, dass man erst den Uterus sich längere Zeit abmühen liess, das Hindernis zu nehmen, dies beweisen denke ich zur Genüge Fülle, wo die Wehen vor der Operation bereits 34, 40, 41, 72 Stunden, ja sogar noch mehr (Fall 34, 36, 41 z. B.) bestanden hatten, ohne dass ein Vorschreiten der Geburt zu beobachten gewesen wäre. Der Rest der Kaiserschnitte entfällt auf Mehrgebärende. Hier waren früher Totgeburten, künstliche Frühgeburten, Perforationen, Embryotomien, schwere Zangen und Wendungen evt. sogar bei ein und derselben Frau vorgekommen. Ein typischer Fall solcher Art ist z. B. der 21., 31. und 40. Bezüglich der näheren Angaben verhält es sich folgendermassen: Embryotomien und Per-

forationen sind bei 9 Fällen vorgekommen (2, 8, 16, 21 2 mal, 25, 28, 29 2 mal, 32, 40 2 mal) 12 mal, künstliche Fehlgeburten und Aborte in 8 Fällen (8, 22, 24, 32 2 mal, 33, 35, 37, 40) 9 mal, Zangen in 5 Fällen (13, 14, 18, 21 2 mal, 28) 6 mal, Wendungen in 4 Fällen (8, 14, 21 3 mal, 32) 6 mal. Auch der Kaiserschnitt war in einer Reihe von Fällen des öfteren an derselben Frau vorgenommen worden. Es sind dies die Fälle 2 2 mal, 16, 17, 23, 25, 31 2 mal, 33. Interessant sind hierbei die Befunde, welche bei der Operation gemacht wurden. Im Fall 2 fanden sich zwischen Uteruswand und vorderer Bauchwand zahlreiche Adhaesionen, die erst mühsam teils stumpf, teils scharf mit Schere und Messer durchtrennt werden mussten, ehe der Uterus in genügender Ausdehnung freilag. Der Schnitt, welcher dann geführt wurde, traf überall dicke Muskulatur und lag in seinem oberen Teile in der unteren Hälfte der alten Narbe, in seinem unteren Teile in vorher noch nicht inzidiertem Uterusgewebe. Im Fall 16 wurde der Schnitt in der alten Narbe geführt. Man kam dann ganz unvermutet nicht ins freie Peritoneum sondern in unmerklichen Übergang desselben, sodass der Kaiserschnitt, welcher ursprünglich klassisch gedacht war, extraperitoneal ausgeführt werden konnte. Adhaesionen waren auch hier vorhanden und mussten erst mit dem Paquelin durchtrennt werden. Beim 17. Fall befand sich die alte Narbe in der Linea alba. Sie war in ihrer unteren Hälfte eingezogen und mit ihrer Unterlage unverschieblich. Die Blase soll hier bei der ersten Operation von links her abgelöst worden sein. Es wurde also, trotzdem die Blasenauffüllung eine Rechtslage ergab, 1 Finger breit von der Linea alba rechts eingegangen. Es stellte sich nun heraus, das hier eine narbige Fixur der Blase bestand. Das Peritoneum riss bei den Abschiebungsversuchen ein. Die Blase wurde nun scharf und stumpf abgeschoben, bis die peritoneale Umschlagsfalte sichtbar wurde und sich nach oben zu schieben begann. Darauf wurde die Peritonealöffnung geschlossen und in üblicher Weise weiter vorgegangen. Beim Fall 23 lag die Narbe links. Man hatte dabei den Eindruck, dass man in ihrem unteren Bereich in subperitoneale

Partien kommen müsste und ging daher wiederum links vor. Man hatte sich jedoch getäuscht. Die plica vesico-parietalis wies normale Verhältnisse auf, nur die plica paravesicalis reichte nicht so weit hinab wie normal. Das Peritoneum selbst war mit den Bauchdecken im Bereich der Narbe fest fixiert. Es riss ein, man musste transperitoneal weitergehen. Im Bauchraum waren auffälligerweise keinerlei Adhaesionen oder Residuen entzündlicher Vorgänge vorhanden, besonders aber war es sehr frappant, dass die Paravesicaltasche sich so zur Norm zurückgebildet hatte, dass ein Unterschied zwischen ihr und einer ganz normalen kaum möglich war zu finden. Im 25. Fall, wo die Narbe rechts lag und der Schnitt daher links geführt wurde, gelang der extraperitoneale Kaiserschnitt vollkommen, es waren keine Adhaesionen vorhanden, ebenso im Fall 31. Hier war der Uterus nur an einer Stelle, in der Gegend der alten Narbe, mit der vorderen Bauchwand adhärent. Beim Einschnitt in den Uterus fand man überall dicke Muskulatur, resp. feste Narbe. Dies alles bei einem Fall, wo bereits zweimal der Kaiserschnitt gemacht worden war! Im letzten Falle, 33, fanden sich ebenfalls keine störenden Adhaesionen, der Kaiserschnitt gelang abermals völlig extraperitoneal.

Was den Verlauf der Wochenbetten betrifft, so war er ein sehr günstiger. Wenn wir hier vom Fall 19 absehen, so finden wir in den übrigen 40 Fällen folgendes: Die Temperatur von 38 ^{0} wurde nicht überschritten in 12 Fällen und zwar bei 2, 8, 13, 16, 17, 21, 26, 30, 32, 34, 37, 39. Ein- bis fünfmal stieg die Temperatur etwas über 38 ^{0} (38,2—38,4) in 17 Fällen (4, 5, 6, 10, 11, 15, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 33, 35, 40). Die Ursachen dieser kleinen Temperatursteigerung waren meist leichte Bronchitiden. Von all diesen Fällen ist nur der 11. etwas interessanter. Am 4. Tage post. op. stellte sich bei der Frau eine starke Dyspnoe ein. Die Untersuchung ergab über dem rechten Unterlappen an einer circumscripten Stelle eine tympanitische Dämpfung und abgeschwächtes bronchiales Atmen mit Knisterrasseln. Es bestand der Verdacht auf einen Infarkt. Puls 104, Temperatur 37,2. Die Temperatur über-

schritt bis zum 41. Tage p. op. nur einmal (38,2) 38°, war also stets normal. Am 9. Tage p. op. bildete sich eine in die Tiefe gehende stark stinkende Wunde von der Grösse eines 5 Markstückes, einige Nähte mussten entfernt werden. Am 14. Tage p. op. bemerkte man bei einer Blasenspülung, dass aus dieser Wunde sich die Spülflüssigkeit nur zum Teil entfernte, es bestand eine Bauchdeckenblasenfistel. Dieselbe hatte sich 5 Tage später so weit geschlossen, dass nur wenig Urin aus ihr floss, und am 27. Tage p. op. war der Verschluss ein völliger. Gleichzeitig trat eine starke Cystitis auf. Am 29. Tage war auch die Bauchwunde geschlossen, die Cystitis klang allmählich ab. Im weiteren Verlauf des Wochenbettes stellte sich noch eine leichte mastitis ein. Weitere Einzelheiten über diesen Fall finden sich in der Krankengeschichte. Mit den übrigen 10 Fällen (3, 7, 9, 12, 14, 18, 24, 36, 38, 41) verhält es sich wie folgt: Fall 3 wies 7 mal Temperaturen von 38,2 auf, sonst blieb die Temperatur stets unter 38, Komplikationen traten nicht auf, der Verlauf war also ein fast glatter. Fall 7. Hier sind Temperaturen von 38,2—38,4 8 mal vermerkt worden. Am 4. Tage p. op. bildete sich ein Bauchdeckenabscess, sodass die meisten Nähte entfernt werden mussten. Später trat eine Ischias auf, die aber bald verschwand. Vom 14. Tage p. op. bis zum Entlassungstage wurde 38° nicht mehr überschritten. Der Abscess heilte gut zu. Fall 9. Am 10. Tage p. op. 38,4, sonst bis zum 23. Tage normale Temperatur. Am 24. Tage wiederum 38,2 und Mastitis, die zunächst mit Alkoholumschlägen und Saugapparaten behandelt wurde. Später wurde die Frau nach der chirurgischen Klinik verlegt. Beim 12. Fall war die Temperatur normal bis zum 13. Tage p. op. Am 14. Tage mastitis mit 39° und zwar links. Sie klang im Laufe der folgenden Tage bald ab. Am 22. Tage abermalige Temperatursteigerung und mastitis rechts. Die Temperatur bewegte sich hier längere Zeit um 38°. Die Patientin wurde schliesslich nach der chirurgischen Klinik verlegt. Fall 14. Während der ersten 4 Tage p. op. bewegte sich die Temperatur zwischen 38,2 und 38,6. Am 9. Tage p. op. bildete sich im unteren Teile der Operationswunde

ein Bauchdeckenabscess. Vom 10. Tage p. op. überstieg die Temperatur 38 ° nicht mehr, fiel bald ab und bewegte sich um 37 °. Der Abscess heilte ohne Komplikationen in kurzer Zeit völlig glatt. Fall 18. Hier trat am 3. Tage p. op. eine bronchitis und am 10. Tage p. op. ebenfalls ein Bauchdeckenabscess auf. Die Temperatur, welche sich sonst nur wenig über 38 ° erhob, stieg nur einmal auf 39 °. Vom 12. Tage an war die Patientin stets fieberfrei, der Abscess heilte gleichfalls vollkommen glatt. Fall 24. Die Temperatur dieses Falles schwankte während der ersten 7 Tage p. op. zwischen 38 ° und 39 °. Am 4. Tage p. op. bekam die Patientin einen frequenten, kleinen, aber regelmässigen Puls (120—150) und Schmerzen im Leib. Peritonitische Symptome waren nicht vorhanden. Dieser schlechte Allgemeinzustand bestand noch am folgenden Tage weiter, der Verband aber wurde übelriechend. Beim Wechseln desselben fand sich ein grosser, vom drainierten Bindegewebsraum ausgehender Abscess mit stinkendem, gashaltigem Eiter und Gewebsfetzen, der eröffnet und drainiert wurde. Das Befinden der Patientin wurde bald ein besseres, Puls und Temperatur sanken sofort. Der Abscess heilte gut aus. Das Abdomen blieb stets einwandsfrei. Fall 36 bekam bald nach der Operation eine bronchitis. Die Temperatur stieg 3 mal etwas über 39 °, peritonitische Symptome waren nie vorhanden. Ähnlich lagen die Verhältnisse beim 38. Fall, wo sich eine Bronchopneumonie ausbildete, die in der ersten Zeit mit öfteren Temperatursteigerungen von 38,2 einherging. Das Abdomen war auch in diesem Fall stets einwandsfrei. Fall 41. Hier konnte der extraperitoneale Kaiserschnitt infolge der langen Weigerung der Frau erst sehr spät gemacht werden, als bereits das Fruchtwasser stank und die Temperatur sich seit 24 Stunden zwischen 37,5 °—39,0 ° bewegte. Das Wochenbett verlief auch dementsprechend fieberhaft. Die Einzelheiten bitte ich in der Krankengeschichte nachlesen zu wollen.

Wir haben also bei diesen 9 Fällen, bei denen das Wochenbett nicht ganz so glatt verlaufen ist wie bei den übrigen 29, als Ursache der Tempera-

tursteigerungen 2 mal Bronchitis, 2 mal Mastitis, 5 mal die Ausbildung eines Bauchdeckenabscesses, davon fallen wiederum 4 auf unreine und nur 1 auf einen reinen Fall. Zwei weitere Bauchdeckenabscesse, die sich aber in geringerer Ausdehnung gebildet hatten, finden wir bei 2 weiteren unreinen Fällen, F. 10 und F. 11. Fall 3 können wir dagegen zu den Fällen mit fast glattem Verlauf zählen. Der Verlauf der Wochenbetten war also ein recht günstiger, was wohl einzig und allein der extraperitonealen Methode zu verdanken ist. Hätten wir dieses Verfahren nicht, so wären wir gezwungen gewesen, in einer ganzen Reihe von Fällen (unter den 41 Fällen sind 23 unreine) die Frauen vom Kaiserschnitt ausschliessen und die Zuflucht zu Methoden nehmen zu müssen, die für Mutter und Kind nicht so gute Erfolge gehabt hätten, wie wir sie mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt gehabt haben. Hätten wir uns aber trotzdem zum klassischen Kaiserschnitt in diesen Fällen entschlossen, so würden wir wohl sicherlich für unser Tun mit einer Reihe von unglücklichen Ausgängen gebüsst haben. Denn was bedeuten die wenigen und unerheblichen Temperatursteigerungen im Verlauf des Wochenbettes, die noch dazu bei einer so kleinen Zahl von Fällen aufgetreten sind? Gar nichts! Für uns ist und bleibt doch nur das Eine als Hauptsache bestehen, das Leben der Mutter und des Kindes zu erhalten, und das können und müssen wir auch leisten, allerdings nicht mit dem klassischen Kaiserschnitt, sondern nur mit der extraperitonealen Methode. Sie bedeutet schon jetzt für uns einen gewaltigen Fortschritt auf dem Gebiete der operativen Geburtshilfe. Mag sie auch noch ihre Mängel haben, was ist überhaupt ohne jeglichen Fehler, aber unsere Pflicht ist es, an ihr zu arbeiten, sie zu verbessern und auszubauen, damit sie zu dem wird, was wir erstreben wollen, dass sie uns die Möglichkeit bietet ohne Gefahr für Mutter und Kind den Weg der suprasymphysären Entbindung jederzeit einschlagen zu können. Unermüdlich auf diesem Gebiete zu arbeiten, unermüdlich für die Methode einzutreten, ist das Verdienst Küstners, ist das Verdienst seiner Schule. —

Der Ausgang für die Mutter war also, abgesehen vom 19. Fall, in allen übrigen Fällen ein guter bis auf Fall 1. Hier handelte es sich um eine 4 para, die schon seit 72 Std. kreisste und bei der der Blasensprung vor 17 Std. erfolgt war, als die Frau in die Klinik eingeliefert wurde. Sie war bereits ganz erschöpft von der langen Geburtsarbeit, es erschien Kunsthilfe geboten. Die Zange anlegen war ganz unmöglich, dagegen wäre eine Hebosteotomie mit Wendung eher auszuführen gewesen. Dieser Weg wurde jedoch nicht eingeschlagen, sondern man wählte den Kaiserschnitt. Da keine Dehnungserscheinungen da waren, gelang das Abschieben des Peritoneums ohne Verletzung nicht, es musste transperitoneal vorgegangen werden. Die Operation nahm ihren gewöhnlichen Verlauf. Dies war am 29. IV. 10. Am 30. bekam die Frau einen kleinen fliegenden Puls, am Abend Delirien. Die Temperatur stieg auf 40,8. Es wurden ihr 80 ccm Antistreptococcenserum subcutan gegeben, da sich im Ausstrich massenhaft Streptococcen fanden. Am 1. V. trat der exitus letalis ein. Die Obduktion ergab auf dem Uterisinnern in der Gegend der Inzision fibrinöse Auflagerungen, keinen Eiter in der Bauchhöhle, dafür aber nur ein wenig trübseröses Exsudat. Weitere Einzelheiten sind in der Krankengeschichte verzeichnet. — Von den 38 Kindern, die durch den Kaiserschnittt zur Welt befördert wurden, waren fast alle mehr oder minder asphyktisch, lebensfrisch kamen nur wenige zur Welt. Von ihnen blieben alle am Leben bis auf zwei (Fall 28 u. 41). Kind 28 war bereits vor der Operation schwer geschädigt, die Herztöne so undeutlich, dass sie nur mit Mühe wahrgenommen werden konnten. Bei der Eröffnung der Fruchtblase entleerte sich durch Mekonium stark grün verfärbtes Fruchtwasser. Es wurde daher das Kind schnell mit der Zange entwickelt, was auch sehr gut gelang. Leider aber war es trotzdem zu spät. Das Kind war bereits pulslos, alle Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Das zweite Kind (41) wurde schwer asphyktisch geboren und nur mit grosser Mühe wiederbelebt, es war aber bereits zu sehr geschädigt, als dass es am Leben bleiben konnte. Es starb am

2. Lebenstage, Von den Kindern waren dem Geschlecht nach 27 männlich und nur 14 weiblich. Das Gewicht betrug in einem Falle (9) 2230 g, sonst 2500—3000: 14, 3000—3500: 18, 3500—4000: 12, über 4000: 1 (Fall 8: 4950). Die Länge der Kinder war 44 cm 1 mal (Fall 19), 46: 7 m., 48: 2 m., 49: 4 m., 50: 12 m., 51: 10 m., 52: 4 m., 53: 5 m., 56: 1 m., 57: 1 m. (Fall 8).

Die Technik des extraperitonealen Kaiserschnittes war an der Küstnerschen Klinik eine solche, dass nach Blasenauffüllung ein Längschnitt etwas extramedian durch den linken musc. rectus entsprechend der Dextroversion des Uterus geführt wurde. Dann wurde das Peritoneum von der Cervix, vorderem seitlichen Douglas und der Blase abpräpariert. Es wurde damit gerechnet, dass entweder die Blase meist median oder mit dem dextrovertierten Uterus rechts liegt. Nachdem es sich aber nach genauen Untersuchungen an Schwangeren — wie schon einmal erwähnt — erwiesen hatte, dass diese Annahme nicht richtig ist, sondern dass die Lage der Blase eine ganz verschiedene und inkonstante ist, wird jetzt mit der Schnittführung individualisiert. Es wird nun rechts eingegangen, wenn die Blase links liegt und links, wenn eine Rechtslagerung der Blase vorliegt. Liegt die Harnblase aber einmal median, so wird auf der Seite des kindlichen Hinterhauptes eingeschnitten, weil die Entwickelung des Kopfes mit dem Hinterhaupte infolge der grösseren Flexibilität der Halswirbelsäule nach hinten bedeutend leichter ist als umgekehrt. Jedesmal vor der Operation wird daher zwecks Feststellung der Blasenlage eine Auffüllung der Blase mit durchschnittlich 300—400 ccm steriler Flüssigkeit, im allgemeinen so viel, als sie halten kann, vorgenommen. Dies gelingt ganz gut bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Aber auch sonst bietet die Blasenauffüllung Vorteile, welche sehr bedeutungsvoll sind. Es wird durch sie die Plica paravesicalis gehoben und für die Operation in vorteilhafter Weise nach oben dislociert. Es ist dies eine alte Erfahrung, die sich auch Chirurgen (Fehleisen) zu nutze machen, um die Blasenpunktion extraperitoneal ausführen zu können. Hat die

Operation so weit ihren Weg genommen, so wird nun das Peritoneum von der oberen Blasenwand und der vorderen Bauchwand mit Tupfern stumpf abgeschoben und die Cervix in einem genügenden Masse freigelegt und inzidiert. Dieser Schnitt wird längs, eventuell auch quer geführt. Nur in Ausnahmefällen könnte es zweckmässiger erscheinen, statt der Cervix das Corpus einzuschneiden. So würde dies z. B. beim Carcinom in Frage kommen, wenn nachher der Uterus exstirpiert werden soll. Ebenso würde es sich auch in reinen Fällen von Placenta praevia in höherem Masse empfehlen, das Corpus an Stelle der Cervix zu wählen. Es wird nun die Eiblase gesprengt und zur Entwickelung des Kindes geschritten. Liegt eine Unterendlage vor, so wird an den Füssen extrahiert, bei Kopflagen aber hatte die Entwickelung früher ihre Schwierigheiten. Es war nicht immer leicht, den Kopf des Kindes aus der Schnittöffnung herauszubekommen. Gelang es nicht manuell, so wurde ein Zangenblatt eingeführt, ev. auch vom Abdomen aus durch Druck nachgeholfen, um den Kopf herauszudrücken. Diese Bemühungen führten manchmal zu unvermeidlichen Insulten der verwundeten Teile, die sogar in manchen Fällen nicht unbedenklich waren, schon ganz abgesehen davon, dass diese Bemühungen gerade keinen ästhetischen Anblick gewährten. Da unsere gewöhnlichen Zangen aber für diesen Zweck nicht geeignet sind, so war hier Abhilfe dringend geboten. Küstner hat daher zur Entwiskelung des Kopfes eine ganz eigenartige Zange angegeben. Diese ist in der Münch. Med. Woch. (1909, Nr. 34) folgendermassen von ihm selbst beschrieben: „Es ist eine schmalblättrige Kopfzange, welche aber keine Beckenkrümmung besitzt, sondern bei der die Griffe gegen die Fläche der Löffel abgebogen sind. Man kann diese Krümmung der Kaiserschnittzange die Bauchkrümmung nennen. Sie ist kurz wie eine Smellie'sche Zange. Diese Zange lässt sich durch die Uteruscervixwunde leicht an den Kopf derart applizieren, daß der eine Löffel nach hinten, der andere nach vorn gelegt wird. Da der Kopf quer steht, fassen ihn beide Löffel über seine beiden Seiten. Damit

gelingt die Entwickelung des Kopfes leicht, ohne daß Wunden und Weichteile gequetscht werden." Weicht der Kopf aus, so wird er mit einer Hakenklemme fixiert. Die kleine Läsion, die damit gesetzt wird, ist ohne Bedeutung. Das oben beschriebene Zangenmodell (Modell II) ist von Küstner in neuerer Zeit verbessert worden. Es hat jetzt (Modell III) keine gebogenen, sondern ganz grade Griffe, die an ihrem Ende etwas nach aussen umgebogen sind, um so das Ziehen zu erleichtern. Die Lösung der Nachgeburt wird meist den natürlichen Kräften überlassen, unterstützt werden diese, indem man vorher der Frau Secacornin oder das neuerdings in die Geburtshilfe eingeführte Pituitrin verabreicht. Hilft dies alles nichts, so wird mittels des Credé'schen Handgriffes nachgeholfen. Eine auftretende Atonie wird durch Massage stets wirksam bekämpft, so dass eine Tamponade nie angewandt werden braucht. Hierauf wird die Cervix fortlaufend genäht, einen ganz besonderen Wert aber legt man darauf, daß die Blase mit der Plica vernäht wird. Es folgt nun eine Revision der Bauchhöhle und dann die Drahtachternaht der Bauchdecken. Zwecks Drainage werden außerdem in die Wundhöhle sog. „Schutzstreifen" aus steriler Jodoform- oder Vioformgaze eingelegt und zu dem unteren Wundwinkel, der dann natürlich nicht vernäht wird, nach außen geleitet. Diese Streifen werden im Verlaufe des Wochenbettes von Zeit zu Zeit gekürzt und dann schließlich ganz entfernt.

Wie wir aus dieser Beschreibung des Operationsverfahrens sehen, hat der extraperitoneale Kaiserschnitt vor dem klassischen eine ganze Reihe von Vorteilen. So wird zunächst einmal die Peritonealhöhle nicht eröffnet. Die Gefahr einer Peritonitis wird also damit umgangen. Sodann ist der Blutverlust der Frau bei dieser Operation ein viel geringerer als beim klassischen Kaiserschnitt, da im ersten Falle die nur dünne, da aufgebrauchte Cervix inzidiert wird, während im letzten Falle die dicke, blutreiche Corpusmuskulatur eingeschnitten wird. Außerdem ist bei der neuen Methode der Verlauf der Nachgeburtsperiode ein normaler. Die Hauptsache aber ist und bleibt der Umstand, daß

man den extraperitonealen Kaiserschnitt auch in solchen Fällen ausführen darf, wo Infektionsverdacht besteht, wo der klassisshe Kaiserschnitt eo ipso kontraindiziert ist. Auch bei unseren Fällen wäre in der Mehrzahl eine klassische Sectio caesarea nicht mehr auszuführen gewesen. Hätten wir nicht die Frank-Sellheim'sche Methode, so hätten wir dann unsere Zuflucht zu eingreifenderen Entbindungsverfahren nehmen, ja oft sogar das kindliche Leben opfern müssen. Dies alles haben wir jetzt nicht mehr nötig.

Aber trotz dieser offensichtigen Vorteile sind dem extraperitonealen Verfahren Gegner erstanden. Es haben sich dennoch Operateure gefunden, die den extraperitonealen Kaiserschnitt verwerfen und das transperitoneale Operieren bevorzugen. Sie sagen, die Wunde, sei hier viel glatter, die Leistung aber die gleiche wie beim extraperitonealen Verfahren. Das ist aber nicht der Fall. Die beim extraperitonealen Operieren gesetzte Wunde trägt durchaus nicht den Charakter einer Wunde, mit ungünstiger Heilungstendenz. Sie ist keine Quetsch- oder Rißwunde, wie man das behauptet hat. Ist das Peritoneum unter Beobachtung der strengsten Aseptik stumpf von seiner Unterlage abgeschoben worden, so muss auch die Wunde logischer Weise per priman intentionem heilen, ähnlich verhält es sich ja bei vielen anderen Operationen, wo dennoch niemand an einer prima intentio zweifelt. Der einzige Nachteil,den die extraperitoneale Methode vor der transperitonealen hat, sind die technischen Schwierigkeiten, mit denen man beim Ausführen des extraperitonealen Kaiserschnittes zu kämpfen hat. Aber diese Schwierigkeiten existieren nur dann, wenn das obere Cervixsegment durch die Wehen noch nicht genügend entfaltet ist, sind aber auch dann nicht so gross, dass sie nicht von einem geschickten und technisch gut geschulten Operateur überwunden werden könnten. Sollten aber diese Schwierigkeiten tatsächlich so gross sein, so kann man dann noch immer transperitoneal vorgehen, nur muss man sich dabei stets bewusst sein, daß man parietales und cervicales Peritoneum noch so fest und dicht miteinander ver-

nähen kann, ohne dass man dadurch die absolute Sicherheit erhält, dass mikrobenhaltiges Cervixsecret oder Fruchtwasser nicht doch noch in das Abdomen dringt, daß also in dieser Beziehung das extraperitoneale Verfahren das sichere ist und bleibt. Bakteriendicht können wir eben nicht nähen. Ganz eminente Vorteile aber hat der extraperitoneale Kaiserschnitt, abgesehen davon, daß er — wie Sellheim sagt — das von der Natur vorgezeigte Verfahren ist, da die Wunde im Ausführungsgang des Uterus liegt, bezüglich des Ausheilungsvermögens bei Keimübertragung bei der Operation vom Geburtskanal aus. Die Möglichkeit, daß die Infektion auf das Hypogastrium beschränkt bleibt und es zu keiner ausgedehnten Peritonitis kommt, ist beim extraperitonealen Verfahren eine viel größere, als wenn man den Schnitt in höher gelegene Regionen der Bauchhöhle legt. Es ist ja auch eine bekannte Tatsche, daß jede Laparatomie im allgemeinen um so ungefährlicher ist, je mehr symphysenwärts sie vorgenommen wird. Die Anhänger des transperitonealen Verfahrens behaupten zwar, daß die aufgeblätterte praeperitoneale Bindegewebswunde ganz besonders für Infektionen empfänglich sei und daß sich dann von hier aus leicht eine schwere Infektion des Gesamtorganismus entwickeln könne, daß dieselben Mikroben von vornherein ins Peritoneum gebracht, glatt vernichtet würden, aber wir wissen jetzt durch zahlreiche Untersuchungen, daß es mit der viel gerühmten Vernichtungsfähigkeit des Peritoneums nicht so weit her ist, daß sie oft versagt, zu oft, als daß man auf sie bauen könnte. Daher auch das Misstrauen, das man ihr bereits in weiten Kreisen entgegenbringt.

Was nun den Einwand anbetrifft, daß beim extraperitonealen Kaiserschnitt durch die Mikroben die subperitoneale Bindegewebswunde in viel höherem Maße gefährdet wird als beim transperitonealen das Peritoneum, so sprechen unsere klinischen Erfahrungen direkt dagegen. Wenn wir die lange Reihe von extraperitonealen Kaiserschnitten, die an der Breslauer Klinik seit Einführung der Methode gemacht worden sind, überblicken, so finden wir, daß eine gefährliche Wunderkrankung in keinem

einzigen Falle zur Beobachtung kam. Trat eine Infektion auf, so war sie stets auf das Operationsfeld beschränkt, breitete sich von dort nie aus, gefährdete also niemals das Bindegewebe. Die 2 Todesfälle aber, die wir unter unseren 64 Fällen zu verzeichnen haben, sind beide nicht extraperitoneale Kaiserschnitte gewesen. Der eine war nämlich ein transperitonealer, der andere war extraperitoneal geplant worden, gelang aber nicht extraperitoneal, da das Peritoneum einriß. (J. 08, Fall 27 der Michalski'schen Dissertation vom Jahre 1910). In beiden Fällen trat infolge einer Streptokokkenperitonitis der exitus letalis ein. Dies beweist also zur Genüge, wie gefährlich die Peritonealverletzungen beim extraperitonealen Kaiserschnitt sind.

Man hat auch in neuerer Zeit vorgeschlagen (Winter), vor jedem Kaiserschnitt die Genitalsecrete bakteriologisch zn untersuchen, besonders nach haemolytischen Streptokokken zu fahnden. Diese Untersuchungen können aber vorläufig nicht immer ausgeführt werden, sie kämen nur in Frage bei lange beobachteten Fällen, — die Untersuchung dauert ja einige Stunden — in allen anderen, eiligen Fällen muss man notgedrungen auf sie verzichten. Uberdies braucht auch bei einem positiven Befunde nicht immer ein febriler Verlauf des Wochenbettes eintreten, wie Bondy's Untersuchungen ergeben haben. Wir müssen also auf dieses Hilfsmittel der Not gehorchend vorläufig verzichten und in allen infektionsverdächtigen Fällen den sicheren Weg, nämlich den ertraperitonealen einschlagen, bei dem ja eine eventuelle Infektion, wie gesagt, weniger gefährlich ist. Erst als Notbehelf kommt der transperitoneale Kaiserschnitt in Frage, der ja weit günstigere Genesungschancen als der klassische gibt, bei dem man aber nie vergessen darf. daß er eben nur ein Notbehelf ist, „ein Kompromis zwischen dem ursprünglich Gewollten und dem technisch Möglichen" wie Küstner sagt. Vergessen darf man dabei auch nicht, was Küstner jüngst auf dem Münchener Gynäkologenkongreß gesagt hat: „So einwandsfrei und tadellos und frei von jeder Spur von Entzündung und Keimwirkung wie nach dem extraperitonealen Kaiserschnitt, sieht man nach

keiner Laparatomie die Bauchhöhle, am wenigsten nach intra- und transperitonealen Kaiserschnitten." Nie soll man sich darauf verlassen, durch Anklemmen von cervicalen und parietalen Peritoneum einen flüssigkeits- und bakteriendichten Abschluß zu besitzen, wie Veit es glaubt, denn so weit haben wir es in unserer Nahttechnik noch nicht gebracht. Dies alles zusammen läßt uns das extraperitoneale Verfahren als das bedeutend leistungsfähigere erscheinen, wir sind dadurch in die Lage gesetzt, auch an Fällen von hohem und höchsten Infektionsverdacht den Kaiserschnitt vornehmen zu können, ohne wie beim transperitonealen, vor allem aber beim klassischen Kaiserschnitt eine das Leben der Mutter gefährdende Peritonitis befürchten zu müssen.

Bezüglich der Indikationsstellung sagt Küstner: „In allen Fälllen von räumlichen Mißverhältnis zwischen Kind und Becken, welches mit einiger Wahrscheinlichkeit die Geburt eines lebenden Kindes per vias naturales nicht zuläßt, wird der cervicale Kaiserschnitt gemacht. Ist die Blase gesprungen, mehrfach mit nackter Hand untersucht worden, extraperitoneal. Ist der Fall völlig rein und, was das Wichtigste ist, steht noch die Blase, dann kann offen, peritoneal, ohne Peritonealansäumung operiert werden. Ob man dabei provisorisch das Peritoneum anklemmt oder nicht, halte ich auf Grund meiner langjährigen Erfahrung — denn ich übte dieses Verfahren beim klassischen Kaiserschnitt schon seit 9 Jahren — für nicht allzu belangreich, doch von folgendem Gesichtspunkte aus auch nicht für ganz bedeutungslos: Eröffnen wir das Corpus bei noch stehender Blase, so spielt sich die Operation in völlig keimfreien Milieu ab. Nicht so, wenn wir die Cervix eröffnen, selbst wenn die Blase steht. Umsoweniger wird man es mit keimfreien Gebieten zu tun haben, je tiefer noch der Portio vaginalis zu der Schnitt gelegt wird". Von den eventuell konkurrierenden Verfahren wird der Porro und die Perforation am lebenden Kinde weder in der Klinik noch der Poliklinik geübt, seitdem der extraperitoneale Kaiserschnitt eingeführt worden ist. Ebenso gilt dies für die Hebosteotomie, die einmal „die Operation der unberechenbaren Verletzungen"

wenigstens bei Erstgebärenden ist, sodann aber auch den großen Nachteil hat, daß die Knochenwunde nicht chirurgisch versorgt werden kann. Keines von all diesen Verfahren kann sich so guter Erfolge rühmen, wie der extraperitoneale Kaiserschnitt, keines von ihnen ist auch so schonend wie dieser. Bewiesen wird dies auch durch einen Blick auf die Kranken nach der Operation. Sie werden keineswegs von dem schweren Krankheitsgefühl gequält, wie diejenigen, die eine Laparatomie durchgemacht haben. Bewiesen wird es ferner durch einen Blick auf die Entlassungsbefunde.

Nach Ausscheidung des einen exitus letalis und des Falles, wo der Kaiserschnitt an der toten Frau gemacht wurde, finden wir nämlich bei den übrigen 39 Fällen folgende Befunde: 23 mal war der Uterus anteflektiert und mobil, 1 mal anteflektiert und anscheinend mobil, 8 mal anteflektiert und mehr oder weniger fixiert, 1 mal anteflektiert und anscheinend fixiert, In 4 Fällen war der Entlassungsbefund nicht angegeben. Retoflektirrt war er nur 6 mal, 4 mal bei fixiertem und 2 mal bei mobilem Uterus. Beim klassischen Kaiserschnitt (38) war er anteflektiert und in der Gegend der Naht anscheinend adhaerent. —

Zum Schluß noch ein Blick auf die lange Reihe der an der Breslauer Frauenklinik ausgeführten extraperitonealen und transperitonealen Kaiserschnitte. Vom 9. II. 08 bis zum 30. IX. 11 sind 64 Kaiserschnitte dieser Art gemacht worden. Die ersten 25 sind in der Arbeit von Michalski (Dissertation vom Jahre 1910) ausführlich beschrieben, den Rest habe ich behandelt. Michalski hat unter seinen Fällen 9 mit Eiterungen lokaler Natur. Der Zustand dieser Frauen war, wie Michalski sagt, kein besorgniserregender, die Temperaturerhebungen waren nicht groß. Der einzige Nachteil, der aus diesen Eiterungen erwuchs, war nur der, daß die Frauen ein längeres Krankenlager durchmachen mußten. Unter den übrigen Fällen sind 11 mit glattem und 4 mit fast glattem Verlauf, außerdem ist noch ein Todesfall zu verzeichnen. Es handelte sich hier um eine Hausschwangere, die außerhalb der Klinik garnicht, in der Klinik nur einige Male

mit Gummihandschuhen untersucht war, also ein sogenannter „reiner Fall“ (Journ.-Nr. 815, Jahrgang 07/08). Beim Operieren riss das Peritoneum ein. Der Riss vergrösserte sich während der Operation, sodass von ihm aus mit dem Finger die Tiefe der vorderen Plica zu tasten war. Es wurde nun, obschon der Spalt zum transperitonealen Operieren aufforderte, dennoch das Peritoneum von der Plica abgeschoben, der Uterus längs inzidiert und das Kind entwickelt. Erst dann wurde der Riss genäht. Am 3. Tage p. op. war das Abdomen stark aufgetrieben, die Patientin wurde benommen und stark dyspnoisch. Am Abend desselben Tages trat der exitus letalis ein. Die Obduktion ergab Peritonitis im vorderen Douglas. Die Uterusinnenfläche war einwandsfrei, die Cervixwunde tadellos aseptisch verklebt. Von den 25 Kindern sind alle lebend entwickelt worden und am Leben geblieben bis auf eins. Dasselbe war schon vor der Operation (der Fall kam aus der Poliklinik) stark geschädigt. Es wurde leichenschlaff, ohne Nabelschnurpulsation entwickelt, alle Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. —

Michalski hat also unter seinen 25 extraperitonealen Kaiserschnitten:

Glatten Verlauf	Fast glatt. Verlauf	Eiterung.	Ex. let. d. Mutter	Ex let. d. Kind.
11	4	9	1	1

Ich habe unter 39 Fällen:

Glatten Verlauf	Fast glatt. Verlauf	Eiterung.	Ex. let. d. Mutter	Ex. let. d. Kind.
13	**16**	**9**	**1**	**2**

Zusammen also:

24 = 37,5%, 20 = 31,25%, 18 = 28,12%, 2 = 3,12%, 3 = 4,68%

Unter 64 extra- und transperitonealen Kaiserschnitten sind also nur 2 mit unglücklichem Ausgang für die Mutter, beides Fälle, bei denen das Peritoneum eröffnet worden war, die rein extraperitonealen genaßen dagegen sämtlich, selbst dann, wenn sie infektionsverdächtig gewesen waren (29, 41). Dies gibt uns viel zu denken. Diese Zahlen beweisen klar und deutlich die grosse Überlegenheit der modernen Kaiserschnittmethode vor der alten klassischen. Darum ist es unsere höchste

Pflicht, das, was Frank-Sellheim ausgeführt und Küstner-Döderlein-Latzko weiter ausgebaut haben, zu erhalten, unsere größte Aufgabe, es noch weiter auszubauen. „Vielleicht wird dann", wie Küster sagt, „der Tag nicht mehr fern sein, an dem ein lebendes Kind nicht mehr perforiert werden muß, an dem keine Mutter uns zwingen kann, ein Leben zu zerstören, um das ihre zu erhalten; die Zeit, in welcher die Perforation des lebenden Kindes eine so große Ausnahme wird, wie es vor Jahrhunderten der Kaiserschnitt war".

Eine angenehme Pflicht ist es mir, an dieser Stelle Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Küstner, sowie Herrn Oberarzt Professor Dr. Hannes für die Anregung zu dieser Arbeit und ihre Durchsicht meinen innigsten Dank auszusprechen.

Fortlaufde. Nr.	Nr. der Krankengeschicht.	Datum der Operation	? Para	Becken.	Frühere Geburten.	Stand d. Geburt, Wehenbeginn, Os ext. Blasensprung.	Reiner Fall. Vorher und wo untersucht. Temperat. — Puls.	Anzeige für Operation.	Technik.	Ausgang für Mutter.	Ausgang für Kind.	Gew. u. Größe d. Kindes.	Operateur.
1.	49. E. Z.	29. IV. 10	IV.	C. diag. 11 C. vera 9	I II III } Spontan	Vor 3×24 Std. handtellergross. vor 16 Std.	Kreiss. in die Klinik gebracht, ausserhalb von Hebamme untersucht.	enges Becken.	transperitoneal. I. Schädellage.	exitus letalis am 3. Tage p. op., wenig trübseröses Exsudat in d. Bauchhöhle.	asphyktisch. männlich.	3720 53	Geheimrat Küstner
2.	128. J. K.	19. V. 10.	IV.	?	05 Embryotomie 06 Kaiserschnitt 07 Kaiserschnitt	vor 17 Std. Für 1 Fing. durchg. Nicht gesprungen.	Kreiss. in die Klinik gebracht, ausserhalb von der Hebamme untersucht.	enges Becken.	transperitoneal. Sterilisation. II. abgewichene Schädellage.	glatter Verlauf. Entlassen am 16. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	2930 51	Professor Hannes
3.	221. Ch. G.	7. VI. 10.	I.	25, 28,5, 20. C. diag. 11.	—	vor 34 Std. handtellergross. vor 5 Std.	Kommt kreissend in die Klinik. Draussen unters.	enges Becken. Hintere Scheitelbeineinstellung.	extraperitoneal. Kleines Loch ins Peritoneum. Nahtverschluss. II. Schädellage.	fast glatter Verlauf. Entlassen am 27. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	2820 50	Geheimrat Küstner
4.	273. M. F.	3. VII. 10.	I.	24, 27, 18. C. diag. 11,5.	—	Muttermund für 2 Finger durchgängig.	16 Tage vor Geburt vom Arzt in die Klinik eingeliefert.	enges Becken. Asphyxie. Stirnlage.	extraperitoneal. Blase rechts, Schnitt links. Schutzstreifen. I. Stirnlage.	fast glatter Verlauf. Entlassen am 17. Tage p. op.	schwer asphyktisch. wiederbelebt. männlich.	3420 51	Professor Hannes
5.	355. A. Sch.	13. VII. 10.	I.	?	—	12. VII. 10. vollständ. erweitert 13. VII. 6½ Vorm.	2 Wochen vor Geburt in die Klinik gekommen.	enges Becken. Myomatöser Uterus. Asphyxie. Abgewichene Stirnlage.	extraperitoneal. Blase rechts, Schnitt links. II. Steisslage. Schutzstreifen.	während der ersten 8 Tage leicht fieberhaft, dann ohne Fieber. Entl. 44 T. p. op.	schwer asphyktisch. wiederbelebt. männlich.	3600 50	Geheimrat Küstner
6.	373. A. M.	2. VIII. 10.	I.	?	—	1. VIII. morgens. kleinhandtellergross 2. VIII. 8 Uhr a. m.	Vom behandelnden Arzt eingeliefert. Temperatur 38,0.	Asphyxie. Sehr rigide Weichteile.	extraperit. Blase r., Schn. links, Perit. u. Blase verl. Schutzstreifen. I. Schädellage.	fast glatter Verlauf. Entlassen am 39. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	3630 51	Professor Hannes
7.	374. E. H.	2. VIII. 10.	I.	23, 27, 19. C. diag. 9¼ C. vera 8.	—	30. VII. 10,5 U. p. m. kleinhandtellergross vor 20 Std.	Kommt kreissend in die Klinik. Von Hebamme ausserhalb untersucht.	Enges Becken. Asphyxie.	transperitoneal. Blase links, Schnitt rechts. II. Schädellage.	Bauchdeckenabscess, starke Eiterung. Entlass. am 39. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	2970 52	Professor Hannes
8.	381. H. P.	22. VIII. 10	IV.	26, 28, 19. C. diag. 11. C. vera 9,5.	I. Perfor. II. Wendung u. Extract. III. Frühgeburteinleitung.	Vor etwa 24 Std. handtellergross. Blase steht.	Reiner Fall. 36,1. 72.	enges Becken. Wunsch, lebendes Kind zu haben.	transperitoneal. Medianinzision. Nahtverschluss. II. Schädellage.	vollkommen glatter Verl. Entlassen am 21. Tage p. op.	apnoisch. männlich.	4950 57	Dr. Eicke
9.	441. M. J.	10. IX. 10.	I.	26, 29, 18,5. C. diag. 9. C. vera 7,5.	—	Vor 12 Std. Für 1 Finger. Blase steht.	Reiner Fall. 37,0. 74.	enges Becken.	extraperitoneal. Blase rechts. Schnitt links. Schutzstr. II. Schädellage.	Verlauf fieberhaft durch Mastitis. Abdomen immer einwandsfrei. Entlassen am 38. Tage p. op.	asphyktisch. weiblich.	3620 56	Geheimrat Küstner
10.	679. M. D.	28. XII. 10	II.	21,5, 25, 17. C. diag. 9,5. C. vera 8,0.	?	Vor etwa 30 Std. vollständ. erweitert vor 12 Std.	Draussen von der Hebamme unters.	enges Becken. Asphyxie.	extraperitoneal. Blase r., Schn. l. II. Schädellage. Schutzstreifen. Bl. verl.	Bronchitis, Cystitis, Bauchdeckenabscess. Entlassen am 22. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	3620 52	Geheimrat Küstner
11.	683. P. G.	22. XI. 10.	I.	27, 29, 21. C. diag. 10,5.	—	vor 19 Std. Für 2 Finger. vor 13 Std.	Draussen von der Hebamme unters.	enges Becken. Wunsch, lebendes Kind zu haben.	extraperitoneal. Schnitt links. Schutzstreifen. I. Schädellage.	Bronchitis, Cystitis, Bauchdeckenabscess und Bauchdeckenblasenfistel. Entl. am 59. Tage p. op.	bleich asphyktisch. wiederbelebt. männlich.	2500 50	Geheimrat Küstner
12.	723. M. M.	22. XII. 10.	I.	24, 26, 20. C. diag. 9,5.	—	Vor 3×24 Std. Knapp 2Markstückgross. Blase steht.	Draussen von der Hebamme unters. 37,2. 84.	enges Becken. Hinterscheitelbeineinstellung. Cervixdehnung.	extraperitoneal. Blase r., Schnitt links. Schutzstr. I. Schädellage.	Mastitis. Abdomen stets einwandsfrei. Entlassen am 41. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	2740 50	Professor Hannes
13.	754. A. St.	14. I. 11	III.	24, 26, 19. C. diag. 10,5.	I. Forceps. II. Spontan.	Vor 43 Std. kleinhandtellergross vor 42 Std.	Reiner Fall.	enges Becken.	extraperitoneal. Blase l., Schnitt rechts. Schutzstr. I. Schädellage.	glatter Verlauf. Entlassen am 27. Tage p. op.	asphyktisch. weiblich.	3490 53	Geheimrat Küstner
14.	772. E. K.	21. I. 11	III.	22, 26, 18. C. diag. 10,0.	I. Forceps. II. Wendung, Kind †	vor 10 Std. kleinhandtellergross vor 8½ Std.	Reiner Fall.	enges Becken.	extraperitoneal. Blase l., Schnitt rechts. Schutzstr. I. Schädellage.	Am 9. Tage p. op. Bauchdeckenabscess. Entlassen am 27. Tage p. op	asphyktisch. männlich.	3790 51	Geheimrat Küstner
15.	795. A. K.	24. I. 11	II.	24, 27, 17,5. C. diag. 10,5.	l. Spontan.	vor 15 Std. handtellergross. vor 8½ Std.	Reiner Fall.	enges Becken. Asphyxie. abgewichene Schädellage.	extraperitoneal. Schutzstreifen. I. Schädellage.	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 28. Tage p. op.	asphyktisch. weiblich.	3300 52	Geheimrat Küstner
16.	827. R. M.	10. II. 11	III.	25, 26,5, 17. C. diag. 9,5.	I. Perforation. II. Kaiserschnitt	vor 5 Std. Für 1 Fing. durchg. Blase steht.	Reiner Fall.	enges Becken. Querlage.	extraperit. Perit. an einer kl. Stelle verl. (klass. ged. ursprünglich) II. Querlage. Sterilisation.	Glatter Verlauf. Entlassen am 23. Tage p. op.	asphyktisch. weiblich.	2540 46	Geheimrat Küstner
17.	869. L. M.	25. I. 11	II.	22. 24, 17,5. C. diag. 9,5.	I. Kaiserschnitt	Vor 16 Std. 5Markstückgross. vor 7½ Std.	Draussen von Hebamme unters.	enges Becken.	extraperitoneal. Periton. an kl. Stelle verl. I. Schädellage. Schutzstreifen.	Glatter Verlauf. Entlassen am 54. Tage p. op.	asphyktisch. weiblich.	3300 51	Professor Hannes
18.	876. S. D.	18. I. 11	II.	26, 28, 17. C. diag. 10.	I. Forceps.	vor 21 Std. kleinhandtellergross vor 12 Std.	Draussen von Hebamme unters. Temperatur 38,2. Puls 114.	enges Becken. Asphyxie. Kontractionsring in Nabelhöhe.	extraperitoneal. Schn. l. II. Schädellage. Schutzstreifen.	Bronchitis. Bauchdeckenabscess. Vom 12. Tage fieberfrei. Entlassen am 64. Tage p. op.	mässig asphyktisch. männlich.	2970 53	Professor Hannes
19.	Geb.Jour. 912. J. N.	10. I. 11	III.	normal.	I. u. II. spontan.	geschlossen.	Vom behandelnden Arzt wegen vit. cord decomp. eingeliefert.	Plötzlicher exitus let. der Mutter.	Klass. Kaiserschnitt an der Toten.	†	blau asphyktisch, wiederbelebt u. lebend entlassen. männlich.	2230 44	Dr. Stern
20.	912. M. L.	21. II. 11	I.	26, 28. 21. C. diag. 11.	—	vor 41 Std. fast vollständig. unbemerkt geblieb.	Reiner Fall.	enges Becken. Asphyxie. Hintere Scheitelbeineinstellung.	extraperitoneal. Blase r., Schnitt links. I. Schädellage. Schutzstreifen.	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 38. Tage p. op.	bleich asphyktisch. wiederbelebt. männlich.	3320 51	Geheimrat Küstner
21.	16. A. Sch.	16. III. 11	XI.	25,75. 27,5. 18. C. diag. 10,5.	I. u. VII. Forceps. II. u. VIII. Perfor. III, IV u. VI spont. V, IX u. X Wend. u. Extraction. (3 leb. Kinder).	vor 31 Std. handtellergross. vor 18 Std.	Draussen von Hebamme unters. Temperatur 38,2.	enges Becken. Asphyxie. Hintere Scheitelbeineinstellung.	extraperitoneal. Blase r., Schnitt links. II. Schädellage. Schutzstreifen.	Glatter Verlauf. Entlassen am 24. Tage p. op.	bleich asphyktissh. wiederbelebt. männlich.	3000 51	Geheimrat Küstner

Fortlaufde. Nr.	Nr. der Krankengeschicht.	Datum der Operation	? Para	Becken.	Frühere Geburten.	Stand d. Geburt, Wehenbeginn, Os ext. Blasenspruug.	Reiner Fall. Vorher und wo untersucht. Temperat. — Puls.	Anzeige für Operation.	Technik.	Ausgang für Mutter.	Ausgang für Kind.	Gew. u. Größe d. Kindes.	Operateur.
22.	17. M. K.	11. III. 11	IV.	24, 26, 16,5. C. diag. 10,5.	I. spontan. II. Abort (3 M.) III. spontan.	Vor 40 Std. kleinhandtellergross vor 31 Std.	Draussen von der Hebamme unters. 37,6. 96.	enges Becken. Kontraktionsring handbreit über d. Symphyse. Hint. Scheitelbeineinstellung.	extraperitoneal. Blase rechts, Schnitt links. I. Schädellage.	glatter Verlauf. Entlassen am 29. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	3570 53	Professor **Hannes**
23.	18. E. Sch.	19. III. 11	II.	26, 28, 18. C. diag. 10,75.	I. Kaiserschnitt	Vor 9 Std. 5Markstückgross. Blase steht.	Draussen von Hebamme unters. 37,1. 80.	enges Becken.	transperitoneal. Schnitt links, Narbe rechts. I. Schädellage.	fast glatter Verlauf. Entlassen am 22. Tage p. op.	bleich asphyktissh. wiederbelebt. weiblich.	3140 51	Geheimrat **Küstner**
24.	26. Ph. G.	27. II. 11	III.	23, 26, 19. C. diag. 10,25.	I. Frühgeburt. (9 M.) II. Spontan. Kind †	vor 22 Std. 5Markstückgross. vor 9 Std.	Draussen von der Hebamme unters.	enges Becken.	extraperitoneal. Blase l., Schnitt rechts. II. Schädellage. Schutzstreifen.	Bauchdeckenabscess, Stinkender, m. Gasblasen vermischter Eiter. Entl. am 48. Tage p. op.	blau asphyktisch. männlich.	3060 49	Professor **Hannes**
25.	85. M. K.	20. IV. 11.	III.	25, 26,5, 18. C. diag. 8,5. C. vera 7,0. 10. 9. 7 Querdurchm.	I. Embryotomie II. Kaiserschnitt	vor 10 Std. handtellergross. vor 5 Std.	Draussen unters. 37,3. 80.	enges Becken.	extraperitoneal. Blase l., Narbe r., Schnitt links. Peritoneum eröffnet. I. Schädellage. Schutzstr.	fast glatter Verlauf. Bronchitis. Entlassen am 23. Tage p. op.	lebensfrisch. männlich.	3800 50	Professor **Hannes**
26.	88. G. Sch.	25. IV. 11.	I.	28,5 30,5. 19,5 C. diag. 10,5.	—	vor 40 Std. kleinhandtellergross vor 28 Std.	Draussen untersucht vom Arzt. 37,4. 80.	enges Becken. Hintere Scheitelbeineinstellung. Asphyxie.	extraperitoneal. Schnitt r., Blase l. II. Schädellage. Schutzstreifen.	vollkommen glatter Verl. Entlassen am 18. Tage p. op.	bleich asphyktisch. wiederbelebt. weiblich.	3000 49	Geheimrat **Küstner**
27.	91. M. A.	22. IV. 11	I.	24, 28, 18. C. diag. 9,5.	—	vor 17 Std. 5Markstückgross. vor 15 Std.	Draussen von der Hebamme unters. 36,9. 90.	enges Becken.	extraperit. Perit. an kl. St. verl. Blase r., Schnitt l., II. Schädellage. Schutzstr. Blase verletzt.	fast glatter Verlauf. Bronchitis. Entlassen am 21. Tage p. op.	mässig asphyktisch. weiblich.	3080 50	Professor **Hannes**
28.	137. A. R.	4. V. 11.	III.	27, 29,5, 17,5. C. diag. 10. C. vera 7,5.	I. Forceps. II. Perforation d. nachfolg. Kopf. Wendung.	vor 3¼ Std. vollständ. erweitert Blase steht.	Reiner Fall.	enges Becken. Asphyxie.	extraperitoneal. II. Schädellage. Schnitt links, Blase rechts. Schutzstreifen.	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 23. Tage p. op.	† männlich.	3050 50	Geheimrat **Küstner**
29.	145. M. K.	6. V. 11.	III.	26, 28, 18. C. diag. 9. C. vera 8. 9, 9, 7.	I. Perforation. II. Wendung u. Perforation	Vor 3 Std. 5Markstückgross. Blase steht.	Reiner Fall.	enges Becken.	extraperit. I. Steisslage. Blase links, Schnitt rechts. Schutzstreifen. Peritonealverletzung.	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 24. Tage p. op.	mässig asphyktisch. männlich.	3630 50	Professor **Hannes**
30.	181. P. R.	27. V. 11	II.	29, 31, 19. C. diag. 11.	I. Spontan (tot)	vor 21 Std. handtellergross. vor 18 Std.	Draussen untersucht 37,6. 112.	enges Becken. Hinterscheitelbeineinstellung. Asphyxie.	extraperitoneal. I. Schädellage. Blase rechts, Schnitt links. Schutzstreifen.	Glatter Verlauf. Entlassen am 19. Tage p. op.	schwer asphyktisch. wiederbelebt. weiblich.	3720 53	Geheimrat **Küstner**
31.	197. H. A.	18. V. 11.	III.	24, 26,5, 16,5 C. diag. 10,5 C. vera 9.	I. II. Kaiserschnitt	vor 8½ Std. Für 1 Fing. durchg. Blase steht.	Reiner Fall.	enges Becken.	transperitoneal. Sterilisation. I. Schädellage. Schnitt median. Schutzstr.	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 34. Tage p. op.	lebensfrisch. männlich.	3000 50	Professor **Hannes**
32.	203. Sch. L.	31. V. 11.	VI.	24, 28,5, 20. C. diag. 10,5 C. vera 8,5 11, 10,5, 8.	I. spont., II. Wend. Querl. t. K. III Tot-g. Steissl. IV. Perf. Steissl. V. Abort 4	Vor 2½ Std. 3Markstückgross. vor 1½ Std.	Reiner Fall.	Enges Becken.	extraperitoneal. Peritonealverletzung. Blase rechts, Schnitt links. I. Schädellage. Schutzstr.	Glatter Verlauf. Entlassen am 22. Tage p. op.	mässig asphyktisch. männlich.	3440 50	Geheimrat **Küstner**
33.	277. A. H.	24. VI. 11.	III.	? C. diag. 10,5.	I. Abort (3). II. Kaiserschnitt (extrap.)	? 2Markstückgross. Blase steht.	Von drauss. eingel. Draussen untersucht	enges Becken. Asphyxie. Sehr starke Dauerkontraktionen.	extraperitoneal. Schnitt rechts, Narbe links. I. Schädellage. Schutzstreifen.	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 18. Tage p. op.	schwer asphyktisch. wiederbelebt. männlich.	3200 49	Geheimrat **Küstner**
34.	313. A. Sch.	1. VII. 11.	I.	21, 22,5, 15,5 C. diag. 10,25.	—	Vor mehreren Tagen Für 1 Finger. Blase steht.	Draussen von Hebamme unters.	enges Becken. rigide Weichteile. Uterusinsuffizienz.	extraperitoneal. Blasenverletzung. Schluss wie üblich. I. Schädellage.	glatter Verlauf. Entlassen am 23. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	2550 49	Geheimrat **Küstner**
35.	357. E. F.	17. VII. 11.	VI.	25,5, 28,5, 19. C. diag. 11.	4 Spontanpart. I. Abort Kein leb. Kind	vor 25 Std. handtellergross. Vor 11 Std.	Draussen von Hebamme unters.	enges Becken. Hintere Scheitelbeineinstellung. Kontractionsring	extraperitoneal. Blase r., Schn. l. I. Schädellage. Schluss wie üblich.	Fast glatter Verlauf. Bronchopneumonie. Entlassen am 23. Tage p. op.	apnoisch. weiblich.	3710 52	Professor **Hannes**
36.	382. M. K.	26. VII. 11.	I.	22, 24. 17. C. diag. 10. C. vera 9.	—	Vor mehreren Tagen für 1 Finger vor 5½ Std.	Reiner Fall.	enges Becken. Uterusinsuffizienz. Hintere Scheitelbeineinstellung.	extraperitoneal. Blase l., Schnitt r. I. Schädellage. Schluss wie üblich.	Fast glatter Verlauf, Bronchitis. Entlassen am 22. Tage p. op.	asphyktisch. männlich.	2650 48	Geheimrat **Küstner**
37.	383. C. K.	11. VII. 11.	V.	26, 29. C. diag. 10.	3 Spontangeb. 1 Abort.	vor 24 Std. kleinhandtellergross vor 23 Std.	Draussen von Hebamme mehrfach untersucht. 37,6. 108.	enges Becken. Kontractionsring. Hinterscheitelbeineinstellung.	extraperitoneal. I. Schädellage. Schnitt rechts. Blase links.	Absolut glatter Verlauf. Entlassen am 37. Tage p. op	schwer asphyktisch. wiederbelebt. weiblich.	2660 50	Geheimrat **Küstner**
38.	385. R. M.	29. VII. 11.	I.	normal.	—	vor 40 Std. Für 1 Fing. durchg. steht.	Reiner Fall.	Eklampsie.	Klass. Kaiserschnitt I. Schädellage. Medianinzision. Placenta hinten.	Fast glatter Verlauf. Bronchopneumonie. Entlassen am 25. Tage p. op.	wenig asphyktisch. weiblich.	2640 48	Professor **Hannes**
39.	512. A. P.	21. IX. 11.	I.	21, 24, 18. C. diag. 10,25. C. vera 8,5. 10, 10, 7.	—	Vor etwa 13 Std. vollständig. vor 10 Std.	Reiner Fall.	enges Becken. Asphyxie des Kindes.	extraperiton. Kaiserschnitt, I. Schädellage. Schnitt rechts. Blase links.	Glatter Verlauf. Entlassen am 18. Tage p. op.	asphyktisch. schwer wiederbelebt. weiblich.	3320 50	Professor **Hannes**
40.	528. F. H.	25. IX. 11.	IV.	?	I. u. II. Perforat. III. Künstl. Frühgeburt.	Vor 24 Std. vollständig. vor 4 Std.	Reiner Fall.	enges Becken. Asphyxie des Kindes.	extraperiton. Kaiserschnitt. I. Schädellage. Schnitt rechts, Blase links,	Fast glatter Verlauf. Entlassen am 22. Tage p. op.	mässig asphyktisch. wiederbelebt. männlich.	3940 51	Professor **Hannes**
41.	543. M. K.	27. VIII. 11	I.	24. 26, 18. C. diag. 10,25.	—	Vor einigen Tagen. 5Markstückgross. Vor 5 Tagen.	Unreiner Fall. 37,5—39 0.	enges Becken. Uterusinsuffizienz. Asphyxie des Kindes.	extraperiton. Kaiserschnitt. I. Schädellage. Schnitt rechts. Blase links.	Verlauf fieberhaft. Entlassen am 45. Tage p. op.	asphyktisch. schwer wiederbelebt. weiblich. † am 2. Tage p. op.	3170 51	Professor **Hannes**

Litteraturverzeichnis.

Banasz: „Die Stellung des Kaiserschnittes zu konkurrierenden Verfahren auf Grund der Operationsresultate der letzten Jahre". Inaug.-Diss. Breslau 1907.

Brewitt: „Zur Frage des Wundschutzes beim extraperitonealen Kaiserschnitt nebst einigen technischen Bemerkungen zu dieser Operation". Münch. med. Woch. 1909.

Döderlein: „Über den extraperitonealen Kaiserschnitt". Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 4.

— „Über extraperitonealen Kaiserschnitt und Hebosteotomie". Monatschrift für Geb. und Gyn., Bd. 33.

Frank: „Zur Technik des suprasymphysären Kaiserschnittes". Zentralbl. f. Gyn., 1911, H. 11.

— „Suprasymphysäre Entbindung". Archiv f. Gyn. Bd. LXXXI.

Franz: „Über Veränderungen der Technik und der Indikation des Kaiserschnittes". Prakt. Ergeb. d. Geb. u. Gyn., Jahrgang I.

Fromme: „Über extraperitonealen Kaiserschnitt". Berl. klin. Woche 1908.

Hahn: „11 konservative Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitt." Zentralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 4.

Hannes: „Die Therapie bei engem Becken und ihre Wandlungen". Zeitschr. f. Gyn. 1908.

Heimann: „Über sect. caes. abdom. inf.". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1911, Bd. LXVIII, H. 2.

Henkel: „Zur Kaiserschnittfrage". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1910, Bd. LXVI.

Küster: „Die Berechtigung der modern-chirurgischen Bestrebungen" in der Geburtshilfe". Med. klin. Jahrgang 1911, Nr. 34.

Küstner: „Kaiserschnitt, Rückblicke und Ausblicke". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LXIII. 1908.

— „Für den extraperitonealen Kaiserschnitt". Zentralbl. f. Gyn. 35. Jahrgang, Nr. 27.

— „Über den extraperitonealen Kaiserschnitt, seine Technik und Indikationsstellung". Münch. med. Woch. 1909, Nr. 34.

— „Indikation und Methodik der Sterilisation der Frau". Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXI.

Latzko: „Über den extraperitonealen Kaiserschnitt". Zentralbl. f. Gyn., 1909, Bd. 1, Nr. 8.

Leopold: „Sectio caesarea". Berl. kl. Woch. 1907.

Michalski: „Klassischer und cervicaler Kaiserschnitt". Inaug.-Diss. Breslau 1910.

Nürnberger: „Zur Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes". Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 26.

Pankow: „Kaiserschnitt oder Beckenspaltung". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 1907.

Richter: „Zur Kritik des cervicalen Kaiserschnittes". Archiv für Gyn., Bd. 91.

Roemer: „Statistisches zur Hebosteotomie und zum suprasymphysären Kaiserschnitt". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXVIII, 1911.

Runge: „Erfolge bei dem suprasymphysären Kaiserschnitt" Arch. f. Gyn., Bd. 89.

Sellheim: „Der extraperitoneale Kaiserschnitt". Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 5.

— „Die Technik des extraperitonealen Uterusschnittes und der Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel". Beiträge z. Geb. u. Gyn., 1909, Bd. 14.

— „Weiteres über die modernen Bestrebungen zur Veränderung der Kaiserschnittstechnik". Beiträge z. Geb. u. Gyn. 1911, Bd. 16, H. 2.

Thomas: „Die Indikationsstellung und Technik des Kaiserschnittes". Inaug.-Diss. Breslau 1902.

Veit: „Zur weiteren Verbesserung der Kaiserschnittstechnik". Zentralbl. f. Gyn. 1911, Heft 16.

Lebenslauf.

Am 26. September 1885 wurde ich, **Boleslaw Kowalski,** zu Ostrowo in der Provinz Posen geboren. Ich bin katholischer Konfession und preussischer Staatsangehöriger.

Ich besuchte die Gymnasien zu Neustadt O/S (1898), Kattowitz (1898—1899) und Leobschütz (1900—1906). Hier erlangte ich am 21. III. 06 das Zeugnis der Reife.

Alsdann widmete ich mich 10 Semester dem Studium der Medizin auf folgenden Universitäten: Greifswald (1 Sem.), Breslau (4 Sem.), Berlin (1 Sem.), Breslau (4 Sem.). Am 8. VII. 08 bestand ich in Breslau die ärztliche Vorprüfung und am 20. V. 11 das ärztliche Staatsexamen.

Vom 1. VII. 11 bis 1. X. 11 war ich dann als Medizinalpraktikant an der Königl. Universitätsfrauenklinik beschäftigt und vom 1. X. 11 bis 1. VII. 12 an der inneren Abteilung des Konventhospitals der barmherzigen Brüder zu Breslau, gegenwärtig bin ich ausseretatsmässiger Assistenzarzt der Kgl. Universitätsfrauenklinik zu Breslau.